**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KAROLINE ZEM FONSECA

**AÇÕES DO ENFERMEIRO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DA
PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA**

**SÃO PAULO
2017**

Karoline Zem Fonseca

**AÇÕES DO ENFERMEIRO EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DA
PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA**

Versão corrigida da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Valéria Marli Leonello

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Fonseca, Karoline Zem

Ações do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar, na perspectiva da prática interprofissional colaborativa / Karoline Zem Fonseca. São Paulo, 2017.

129 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Valéria Marli Leonello

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

1. Enfermagem em emergência. 2. Competência profissional.
3. Equipe de assistência ao Paciente. I. Título.

Karoline Zem Fonseca.

Ações do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar na perspectiva da prática interprofissional colaborativa.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof. Dra. Valéria Marli Leonello

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A Deus por ser o autor, a luz, a força e o caminho da minha vida!

“Em ti confiarão os que conhecem o teu nome; porque tu, Senhor, nunca desamparaste os que te buscam” (Salmos 9:10). “Mas os que esperam no Senhor renovarão as suas forças, subirão com asas como águias, correrão e não se cansarão, caminharão e não se fatigarão” (Isaías 40:31)

Aos meus pais Marcos, Denise e Almir, e aos meus irmãos Jéssica e Marcos Vinícius, os maiores amores da minha vida, a quem dedico todas as minhas vitórias e conquistas, e a quem tenho eterna gratidão e admiração por serem quem são e pelo imenso amor e dedicação ao longo da minha trajetória de vida.

Ao meu grande, único e verdadeiro amor, Luiz Gustavo, pai do meu filho, meu companheiro, com quem compartilho toda a minha vida, que me apoia nos momentos felizes e difíceis, que me dá forças e me encoraja a prosseguir com meus sonhos e objetivos, sempre demonstrando enorme paciência, carinho, compreensão e amor.

Ao filho que estou gerando, Gabriel, sendo ele a maior benção e o maior presente que Deus poderia me conceder em toda a minha existência; ainda não vi o seu rostinho, não o tenho em meus braços, mas já o sinto. E o amor, então?! Inexplicável!

Ao meu sogro e à minha sogra, Manoel e Aurea, e ao meu cunhado Marcos, que me acolheram tão bem em sua casa e em suas vidas, sempre demonstrando preocupação, dedicação, amor e muito carinho. Serei eternamente grata por tudo o que fizeram e fazem por mim. A eles também dedico esta e todas as outras conquistas da minha vida.

E a todos da minha família que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui!

Amo todos vocês!

Agradecimento Especial

Este momento quero agradecer, dedicar e compartilhar com você!

Minha querida Orientadora Valéria M. Leonello, responsável por me conduzir até o final desta longa jornada com imensa sabedoria e ensinamentos de esperança, força, coragem e fé.

Não foi fácil chegarmos até aqui, passamos por períodos difíceis, de incertezas e desafiadores, afinal construímos juntas este momento tão importante para as nossas vidas!

Agradeço a Deus por ter colocado você como minha orientadora, pela sua amizade e infinita bondade ao longo destes dois anos e meio. Obrigada por me guiar, me ensinar, me ajudar sempre com muito carinho e paciência, fazendo deste momento um dos mais importantes da minha vida.

A você, minha imensa gratidão!

Agradecimentos

Agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte desta tão almejada conquista!

Agradeço ao meu primo Adir Junior, que sempre se dispôs a me ajudar quando precisei principalmente nas correções deste trabalho.

Aos amigos que estiveram sempre presentes na minha vida e aqueles que, mesmo distantes, participaram desta trajetória;

À Professora Maria Madalena, por sua confiança e apoio;

À Rika M. Kobayashi, pelo seu incentivo e apoio. Mesmo quando eu não acreditava ou imaginava ser capaz, ela acreditou em mim;

À Professora Marina Peduzzi, à Heloise, à Jaqueline, à Ruth e a todos do grupo de Pesquisa que me ajudaram na construção do conhecimento com sábias reflexões e experiências sobre o tema;

À Diretora de Enfermagem Dra. Andrea Cotait Ayoub, pelo exemplo de liderança e pelo incentivo na realização desta pesquisa no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia;

À Edna Duarte, pela grande ajuda e compreensão durante a coleta de dados em meio à realização das entrevistas;

Aos enfermeiros do Pronto-Socorro, que tão gentilmente contribuíram com a sua experiência ao aceitar participar da construção deste projeto –

A todos vocês, o meu muito obrigada!

Fonseca KZ. Ações do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar, na perspectiva da prática interprofissional colaborativa [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, universidade de São Paulo; 2017.

RESUMO

Introdução: Nos serviços de urgência e emergência hospitalares, a complexidade das necessidades de saúde exige cada vez mais o trabalho colaborativo em equipes interprofissionais, sendo necessária a identificação das ações para a construção das competências específicas, comuns e colaborativas. Essa identificação clarifica os papéis e fortalece o trabalho colaborativo nas equipes de urgência e emergência. **Objetivos:** identificar as ações específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros em urgência e emergência hospitalar de um hospital público do Estado de São Paulo. **Método:** Pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa, que utilizou como categorias conceituais as “competências”, conforme a definição de Zarifian (2003); as “competências complementares”, “comuns” e “colaborativas” de Barr (1998); as “competências para a prática interprofissional colaborativa”, propostas pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) de 2010, e a “definição de equipe de referência e apoio matricial” segundo Campos & Domitti (2007). Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas com os enfermeiros que atuam no Pronto-Socorro de um hospital público do estado de São Paulo. Para a análise do material proveniente das entrevistas foi utilizada a técnica de análise temática de Bardin (2011). Os dados das entrevistas foram analisados para identificação do conjunto de ações específicas, comuns e colaborativas. **Resultados:** Os achados revelam que os enfermeiros desempenham mais ações voltadas para a gestão e articulação do cuidado, comparando-se à prática centrada na família e no paciente, que ainda é pouco realizada pelos enfermeiros. A clarificação dos papéis e a importância do saber comum destaca que o enfermeiro reconhece o seu próprio papel, porém tem dificuldade em reconhecer os papéis dos demais profissionais da equipe. A comunicação é a principal ferramenta utilizada pelo enfermeiro dentro das ações específicas, comuns e colaborativas, e está mais relacionada à comunicação instrumental e tecnicista, ou seja, à passagem de informação entre profissionais, o que mostra a necessidade de uma comunicação mais ampla, com a troca de experiências, compartilhamento de informações, entendimento mútuo e a confiança entre os profissionais. A dinâmica do setor de urgência e emergência dificulta a realização de reuniões e encontros de equipe interprofissional de urgência e emergência, portanto se faz necessária a implantação de protocolos e fluxos de atendimento para o entendimento mútuo dos processos estabelecidos, o que facilitaria o trabalho interprofissional em equipe e em colaboração dentro do Pronto-Socorro. **Conclusões:** Espera-se que a identificação das ações possa levar à construção de um quadro de competências específicas, comuns e colaborativas para o enfermeiro em urgência e emergência, e clarifique o papel do enfermeiro no contexto das equipes interprofissionais, fortalecendo a colaboração e contribuindo para o desenvolvimento de novas práticas de saúde neste cenário.

Palavras chave: Enfermagem. Emergência. Competência profissional. Equipe de assistência ao paciente.

Fonseca KZ. Nursing actions in emergency and hospital emergency, from the perspective of collaborative interprofessional practice [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2017.

ABSTRACT

Introduction: In both urgent care and hospital emergency room services, the complexity of the health needs urges more collaborative work among interprofessional teams, which is necessary to identify the actions in order to build specific, common and collaborative skills. This identification clarifies the roles and strengthens the collaborative work in urgent and emergency teams. **Objectives:** Identify the specific, common and collaborative actions of nurses in hospital emergency care at a public hospital in the State of São Paulo. **Method:** Descriptive, exploratory and qualitative approach, which adopted as conceptual categories the “competences”, as defined by Zarifian (2003); the “complementary”, “common” and “collaborative” skills of Barr (1998); “competencies for collaborative interprofessional practice”, proposed by the Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) in 2010, and the “definition of reference team and matrix support” according to Campos and Domitti (2007). For data collection, individual and semi-structured interviews were conducted with nurses who work in the emergency room of a public hospital in the state of São Paulo. For the analysis of the material collected from the interviews, the technique of thematic analysis of Bardin (2011) was employed. The interview data were analyzed to identify the set of specific, common and collaborative actions. **Results:** The findings show that nurses perform more actions related to management and care coordination, rather than focus on family and patient issues, which are still not carried out by nurses. The clarification of roles and the importance of common knowledge highlight that nurses recognize their own role, but have difficulty in recognizing the roles of other members from the staff. Communication is the main tool used by the nurse among the specific, common and collaborative actions, and it is more related to the instrumental and technical communication, i.e. passage of information between professional, which shows the need of a broader communication, with exchange of experiences, information sharing, mutual understanding and trust among professionals. The dynamics of the urgent and emergency sectors make it difficult to hold meetings with the interprofessional teams, and those are necessary to implement protocols and service flows for the mutual understanding of established processes, which would facilitate the interprofessional work in team and in collaboration within the first-aid station. **Conclusions:** It is expected that the identification of actions can lead to the construction of a specific competency framework, common and collaborative, for nurses in emergency care, and also clarify the role of the nurse in the context of interprofessional teams, strengthening collaboration and contributing to the development of new health practices in this setting.

Keywords: Nursing. Emergency. Professional competence. Patient care team.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências	24
Figura 2 – Equipes do Pronto-Socorro. São Paulo, 2017	38
Figura 3 – Fluxograma do atendimento no Pronto-Socorro. São Paulo, 2017	41
Figura 4 – Processo de Análise dos dados. São Paulo, 2017	44
Figura 5 – Setores do Pronto-Socorro. São Paulo, 2017	51
Figura 6 – Eixos das ações específicas do enfermeiro em Pronto-Socorro. São Paulo, 2017	52

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017	54
Quadro 02 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Tomada de decisão. São Paulo, 2017	56
Quadro 03 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão da Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017	57
Quadro 04 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão da Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017	58
Quadro 05 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017	60
Quadro 06 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017.	61
Quadro 07 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Educação Permanente e Apoio familiar e ao paciente. São Paulo, 2017	62
Quadro 08 – Síntese das Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro por Eixo temático/ setor. São Paulo, 2017	65
Quadro 09 – Ações comuns ao Enfermeiro e a outro profissional: Atividades Assistenciais. São Paulo, 2017	67

Quadro 10 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Atividades Assistenciais. São Paulo, 2017	68
Quadro 11 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Gestão da Assistência de Enfermagem, Tomada de Decisão e Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017.....	68
Quadro 12 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Apoio Familiar e ao Paciente. São Paulo, 2017	69
Quadro 13 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Classificação de Risco. São Paulo, 2017.....	74
Quadro 14 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Pós-Consulta. São Paulo, 2017	75
Quadro 15 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Emergência. São Paulo, 2017	77
Quadro 16 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Observação. São Paulo, 2017.....	78
Quadro 17 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sem setor específico. São Paulo, 2017	80

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
AVC	Acidente Vascular Cerebral
RUE	Rede de Atenção às Urgências
SUS	Sistema Único de Saúde
AH	Atenção Hospitalar
ENA	Emergency Nurses Association
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
SHE	Serviço Hospitalar de Emergência
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PS	Pronto-Socorro
PCR	Parada Cardiorrespiratória
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
CR	Classificação de Risco
SPC	Sala de Pós-Consulta
SE	Sala de Emergência
SO	Sala de Observação
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
BPAP	Bilevel Positive Pressure Airway
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
RCP	Ressucitação Cardiorrespiratória
WHO	World Health Organization
ACP	Atenção Centrada no Paciente

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	26
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	28
3.1 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DO REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.2 COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PROCESSO DE TRABALHO	31
3.3 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECÍFICAS, COMUNS E COLABORATIVAS	32
3.4 COMPETÊNCIAS PARA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	33
3.4.1 Comunicação interprofissional	33
3.4.2 Cuidado centrado no paciente/cliente/ família/comunidade	33
3.4.3 Clarificação dos papéis.....	34
3.4.4 Funcionamento da equipe	34
3.4.5 Liderança colaborativa.....	34
3.4.6 Resolução de conflitos interprofissionais.....	34
3.5 DEFINIÇÃO DE EQUIPES: EQUIPE DE REFERÊNCIA, EQUIPE DE APOIO MATRICIAL, EQUIPE DE APOIO FIXA DO PRONTO-SOCORRO E EQUIPE DE APOIO NÃO FIXA DO PRONTO-SOCORRO.....	35
3.6 LOCAL DO ESTUDO	38
3.6.1 Recepção do Pronto-Socorro	39
3.6.2 Classificação de Risco (CR).....	39
3.6.3 Sala de Pós-Consulta (SPC).....	39
3.6.4 Sala de Emergência (SE).....	39
3.6.5 Sala de Observação (SO).....	40
3.7 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
3.8 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	42
3.9 ABORDAGEM DOS SUJEITOS PARTICIPANTES	43
3.10 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	44
4 ASPECTOS ÉTICOS.....	45
5 RESULTADOS.....	47
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS	48
5.2 AÇÕES ESPECÍFICAS, COMUNS E COLABORATIVAS DO ENFERMEIRO EM PS	50
5.2.1 Ações relacionadas ao eixo Assistência de Enfermagem	55
5.2.2 Ações relacionadas ao eixo Tomada de decisão	57
5.2.3 Ações relacionadas ao eixo Gestão da Assistência de Enfermagem.....	59
5.2.4 Ações relacionadas ao eixo Gestão do Serviço de Saúde	62
5.2.5 Ações relacionadas ao Eixo Educação Permanente	63
5.2.6 Ações relacionadas ao eixo Apoio familiar e ao paciente	63
5.2.7 Síntese das ações específicas por eixo	64

5.3	AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL DO PRONTO-SOCORRO	66
5.3.1	Ações comuns: eixo Atividades Assistenciais	70
5.3.2	Ações comuns: eixo Gestão da Assistência de Enfermagem	70
5.3.3	Ações comuns: eixo Tomada de Decisão	70
5.3.4	Ações comuns: eixo Gestão do Serviço de Saúde	70
5.3.5	Ações comuns: eixo Apoio Familiar e ao Paciente	71
5.4	AÇÕES COLABORATIVAS REALIZADAS NO PRONTO-SOCORRO	71
5.4.1	Comunicação interprofissional nas ações colaborativas	72
5.4.2	Dinâmica de funcionamento da equipe nas ações colaborativas	73
5.4.3	Cuidado centrado no paciente e família	73
5.4.4	Ações colaborativas realizadas na Classificação de Risco	73
5.4.5	Ações colaborativas realizadas na Sala de Pós-Consulta	75
5.4.6	Ações colaborativas realizadas na Sala de Emergência	77
5.4.7	Ações colaborativas realizadas na Sala de Observação	78
5.4.8	Ações colaborativas em setores não especificados	79
5.4.9	Síntese das ações colaborativas	80
6	DISCUSSÃO	84
6.1	A GESTÃO COMO ATIVIDADE CENTRAL DO ENFERMEIRO PARA ARTICULAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE EM EQUIPES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	85
6.2	O DESAFIO DA PRÁTICA CENTRADA NA FAMÍLIA E NO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	88
6.3	IMPORTÂNCIA DA CLARIFICAÇÃO DOS PAPEIS E DO SABER COMUM: ENTRE AS FRONTEIRAS E O FORTALECIMENTO DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA	93
6.4	A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA EFICAZ E SEGURA PARA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	96
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	117
	APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118
	ANEXOS	120
	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP	121
	ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	124
	ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA	125
	ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO	129

APRESENTAÇÃO

Desde meu ingresso no Programa de Aprimoramento em Enfermagem Cardiovascular modalidade Residência no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, de 2012 a 2014, pude aprender com a prática profissional a importância das relações no ambiente de trabalho. Durante o primeiro ano da Residência tive a oportunidade de conviver com aprimorandos de Odontologia, Psicologia, Assistência Social, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição e Educação Física, com os quais pude discutir durante aulas conjuntas ou no campo da prática hospitalar. O contato com os Residentes médicos de Cardiologia, quando necessário, ocorria em meio à prática. Ao me deparar com situações complexas envolvendo pacientes e famílias, pude perceber a importância do trabalho em equipe e da colaboração dos profissionais, mas um dos grandes desafios era superar o isolamento e a desarticulação entre as áreas profissionais envolvidas no processo de formação e no processo de trabalho.

Durante esse período da minha formação, pude observar, de forma empírica, que a formação uniprofissional repercutia negativamente no cuidado prestado ao paciente. A falta de articulação entre os profissionais que compunham a equipe e a fragmentação do cuidado resultavam em grandes divergências nas informações obtidas sobre o cuidado prestado, expressas em algumas situações na falta de comunicação clara e concisa entre os profissionais da equipe de saúde, e também no desconhecimento dos papéis dos profissionais para intervirem juntos no processo saúde-doença.

Hoje, como enfermeira cardiovascular da mesma instituição, atuando em uma unidade de urgência e emergência cardiológica, observo e vivencio diversas situações em que o trabalho em equipe e a colaboração profissional são essenciais para a qualidade do atendimento e para a melhor sobrevida do paciente, tais como os casos de parada cardiorrespiratória (PCR), em que o sincronismo entre todos os membros da equipe é essencial para o sucesso da reanimação cardiorrespiratória (RCP), e os de óbito, em que é necessária a colaboração de outros profissionais e setores do hospital.

No decorrer dos meus estudos no mestrado, pude constatar que, para o sucesso da prática colaborativa em equipe, existe uma etapa inicial necessária, que se refere à identificação das competências específicas, comuns e colaborativas dos profissionais que compõem a equipe de saúde, dentre as quais as do enfermeiro.

Com intuito de contribuir com a instituição na qual me formei e trabalho, apresento esta pesquisa com o objetivo de identificar as ações específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam no serviço de urgência e emergência hospitalar. Assim, espero contribuir para a explicitação dos papéis do enfermeiro dentro da equipe, facilitando a colaboração e o desenvolvimento de novas práticas de saúde no contexto de assistência.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa toma como objeto de estudo as competências específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência na atenção hospitalar do estado de São Paulo, na perspectiva da prática interprofissional e colaborativa.

No contexto mundial de saúde, há uma tendência de transição do modelo de formação e prática uniprofissional, expresso no isolamento de cada área profissional durante a execução do cuidado, para um modelo que valorize a formação e prática interprofissional e colaborativa, com o propósito de melhorar a atenção à saúde dos usuários e da população (WHO, 2010; Frenk *et al.*, 2010). A prática interprofissional é composta por profissionais da saúde de diferentes formações, dispostos a transitar em outras áreas específicas, a fim de articular os seus respectivos conhecimentos no ambiente de trabalho (Peduzzi *et al.*, 2013; da Silva, 2015).

A colaboração ocorre quando profissionais da saúde de setores diversos e com experiências distintas são capazes de desenvolver práticas conjuntas, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes das equipes, gerenciar casos e produzir resultados de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (WHO, 2010). Nesta direção, D'Amour *et al.* (2008) acrescentam que a colaboração entre profissionais extrapola a dimensão individual, ou seja, ela acontece quando profissionais trabalham juntos em prol da melhor qualidade de atenção à saúde.

Estudos mostram que a abordagem por competências tem contribuído para o estabelecimento de padrões consistentes das diferentes práticas profissionais, facilitando a operacionalização da prática interprofissional colaborativa (Reeves, Fox, Hodges, 2009; Hepp *et al.*, 2015).

A prática interprofissional colaborativa ganhou maior destaque na área de saúde a partir da mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, com o aumento das doenças crônicas e da expectativa de vida. Tais condições requerem a necessidade de um cuidado de saúde longitudinal e integral, fortalecendo a necessidade de uma equipe de profissionais que, atuando de forma colaborativa, possa responder adequadamente a essas necessidades (Frenck *et al.*, 2010).

No Brasil, houve nas últimas décadas um aumento na morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre faixas etárias inferiores aos 40 anos e, acima desta

faixa, um aumento na morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis – decorrentes de problemas no aparelho circulatório, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC), por exemplo –, o que requer, portanto, uma forma mais organizada e efetiva de intervenção do sistema de saúde (Brasil, 2013).

O Artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 prevê que o atendimento aos pacientes com quadros agudos seja realizado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando a área de Urgência e Emergência um componente fundamental para a assistência à saúde no Brasil (Brasil, 2011).

Em 2001 foi criada a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências prevista pela Portaria GM/MS Nº 737, de 16 de maio de 2001. Em novembro de 2002, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2048/GM, que dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgências e emergências. A Portaria estabelece, entre outros aspectos, normas e critérios de funcionamento para os atendimentos de tipo pré-hospitalar, pré-hospitalar móvel e hospitalar, bem como para transporte inter-hospitalar, prevendo a criação de Núcleos de Educação em Urgências (Brasil, 2003).

A mesma Portaria, reformulada em 2011 como Portaria Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS e pactua as três esferas de gestão, permitindo uma melhor organização da assistência, articulação entre os diversos pontos de atenção e definição de fluxos e referências adequados. Tais ações têm a finalidade de transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado, ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (Brasil, 2011).

Na Atenção Hospitalar (AH), a RUE tem como um de seus objetivos qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, promovendo o atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (Brasil, 2013).

Dentre as estratégias para tal qualificação, destacam-se como prioritárias na RUE e na Atenção Hospitalar: equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência e a organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (Brasil, 2013).

Desta forma, observa-se que a RUE ressalta a importância da prática interprofissional colaborativa na atenção às urgências e emergências, pois permite o deslocamento da

reconhecida fragmentação da assistência para a articulação e a integração das ações de saúde (Peduzzi *et al.*, 2013).

Além disso, nos serviços de urgência e emergência hospitalares, a prática interprofissional colaborativa é fundamental para a prestação de cuidados de saúde eficazes e eficientes, dada a complexidade das necessidades de saúde dos pacientes. As atividades na unidade de urgência e emergência são dinâmicas, exigindo a tomada de decisão rápida, ações específicas de cada profissional envolvido, bem como a capacidade de resolutividade de problemas e domínio dos profissionais sobre todo o processo de trabalho. É fundamental a presença de uma equipe que preste a assistência com base nas necessidades de saúde dos pacientes, de forma colaborativa, compartilhando conhecimentos e respondendo rapidamente em situações de mudança (Collin, Paloniemi, Herranem, 2015; Collin *et al.*, 2015).

Os autores acima referenciados concluíram também que, embora fundamental para o trabalho em emergência, a prática em urgências e emergências ainda é fragmentada e, portanto, os ideais de colaboração interprofissional e aprendizagem muitas vezes não são alcançados. As barreiras mais frequentes são as diferenças na forma como os grupos profissionais percebem os processos de trabalho dos membros que compõem a equipe.

No início dos anos 2000, Copnell *et al.* (2003), Krogstad, Hofoss e Hjordtal (2004) enfatizavam que diferentes grupos profissionais têm diferentes entendimentos sobre os papéis de cada um. Assim, o conhecimento do processo de trabalho de cada membro que compõe a equipe é fundamental para que todos percebam o trabalho específico de cada profissional, bem como os objetivos comuns a serem traçados pela equipe.

A falta de conhecimento do próprio processo de trabalho e das atividades desenvolvidas, a confusão dos papéis e funções dos profissionais envolvidos, bem como a falha na organização e gerenciamento de colaboração entre grupos profissionais e as relações de poder, podem limitar a colaboração interprofissional (Collin, Paloniemi, Herranem, 2015).

Uma das formas que contribui para explicitar os papéis e as ações desenvolvidas por cada profissional que compõe a equipe de saúde é a identificação das competências específicas ou complementares, as comuns e as colaborativas, conforme a proposição de Bar (1998).

Bar (1998) formulou um conjunto de três competências relativas ao processo de interação na prática colaborativa, a saber: competências específicas ou complementares, competências comuns e competências colaborativas. As competências específicas ou complementares são aquelas relacionadas à especificidade de cada área profissional que

compõe a equipe de saúde. As competências comuns referem-se àquelas que qualquer profissional qualificado da área da saúde pode desempenhar. Já as competências colaborativas são aquelas relativas ao trabalho desenvolvido em conjunto com outros profissionais. Identificar e reconhecer essas competências é parte fundamental para alcançar e fortalecer a prática colaborativa interprofissional (Barr, 1998).

No que se refere às competências específicas de enfermeiros que atuaram em emergências em 2011, a produção científica é escassa. A *Emergency Nurses Association* (ENA), por exemplo, apresentou um modelo de competências para enfermeiros especialistas clínicos nos cuidados de emergência. A mencionada Associação tem apoiado ativamente o papel e a prática de enfermagem avançada no atendimento de emergência. Para a ENA (2011), a prática avançada em enfermagem “é uma área especializada da prática e é, por sua natureza, independente e colaborativa”. A Associação faz essa distinção pois nos Estados Unidos, bem como em outros países, a enfermagem em prática avançada já é uma realidade nos contextos de prática profissional, diferenciando-se do que aqui no Brasil chamamos de “enfermeiro bacharel”. O modelo traz 25 competências organizadas em sete domínios: cuidado direto, consulta, sistema de liderança, colaboração, treinamento, pesquisa e tomada de decisão ética e defesa dos pacientes (ENA, 2011).

Embora as competências estejam direcionadas ao enfermeiro de prática avançada, observa-se o investimento da Associação para a explicitação do papel do enfermeiro em emergências, minimizando a confusão que tem permeado essa área de atuação por décadas (ENA, 2011).

McCarthy *et al.* (2013) evidenciaram que os enfermeiros estão realizando uma grande quantidade de ações em diferentes níveis de especialização, sendo importante obter uma melhor compreensão das competências realizadas na prática pelos enfermeiros de emergência, pois essas competências são essenciais para explicitar o trabalho do enfermeiro emergencista contemporâneo. Os autores fazem uma correlação entre os procedimentos realizados e as competências dos enfermeiros em emergência hospitalar. Os resultados do estudo mostram que os procedimentos do enfermeiro em urgência e emergência estão relacionados às competências relativas à administração e ao monitoramento de intervenções terapêuticas.

No contexto brasileiro, nota-se uma lacuna no conhecimento referente às competências do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar. Uma revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados LILACS, MEDLINE E BDENF em junho de 2016, com os descritores e palavras-chave “Enfermagem”, “Emergência”,

“Competência Profissional”, “Atividades”, “Atribuições” e “Papel”, incluindo somente artigos originais e completos em língua portuguesa, resultou em apenas nove publicações relacionadas às competências dos enfermeiros em emergência hospitalar.

Santos e Lima (2011) analisaram as ações de gerenciamento do cuidado realizadas pelos enfermeiros em um serviço hospitalar de urgência e emergência e delimitaram três subcategorias com as principais ações realizadas pelos enfermeiros: planejamento do cuidado; previsão e provisão de recursos; e supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem. Os resultados não explicitam as competências relacionadas ao cuidado de enfermagem, mas contribui para a discussão e reflexão sobre o papel do enfermeiro no gerenciamento do cuidado para melhoria da assistência e das práticas de atenção à saúde nos serviços de emergência.

Bellucci e Matsuda (2011) analisaram publicações relacionadas à atuação de enfermeiros no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência (SHE). Os resultados também não descrevem as competências profissionais, mas apontam que a implantação de novos sistemas/programas e a capacitação para a liderança do enfermeiro são estratégias fundamentais à melhoria das práticas assistenciais e gerenciais em SHE, como o direcionamento do fluxo de atendimento ao paciente em SHE.

Acosta, Douro & Lima (2012), por sua vez, identificaram e avaliaram as evidências disponíveis na literatura relacionada às atividades do enfermeiro na triagem/Classificação de Risco dos serviços de urgência. Os resultados mostraram que o enfermeiro possui conhecimentos e habilidades específicas para a definição da prioridade de atendimento, que englobam desde os conhecimentos administrativo e clínico até as habilidades de intuição, comunicação e administração do fluxo de oferta e demanda dos pacientes nos serviços de urgência e emergência, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade. Os autores citados mostraram que existem diferentes abordagens da temática, porém há escassa produção de evidências nessa área de conhecimento, sendo em sua maioria estudos internacionais. Verifica-se a necessidade de realizar novos estudos no cenário nacional, a fim de avançar o conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na atenção às urgências e emergência e nos sistemas de avaliação e Classificação de Risco.

Já Zambiasi e Costa (2013) apontaram as dificuldades e desafios em relação ao gerenciamento de enfermagem em uma Unidade de Urgência e Emergência, e identificaram as atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro: realizar a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade; liderar a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e

não críticos; coordenar as atividades do pessoal de recepção, limpeza e portaria; solucionar problemas decorrentes com o atendimento médico ambulatorial; alocar pessoal e recursos materiais necessários; realizar a escala diária e mensal da equipe de enfermagem; controlar estoque de material e verificar a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor. Embora o estudo não tenha explicitado as competências, as autoras concluem que o gerenciamento é uma atividade fundamental no processo de trabalho do enfermeiro, exigindo deste profissional um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes em toda e qualquer situação.

Brusamolin, Montezeli & Peres (2010) e, posteriormente, Monetezelli, Peres & Bernadino (2013) identificaram as competências gerenciais por enfermeiros de um Pronto Atendimento em hospital privado. Os autores distinguiram seis competências gerenciais mobilizadas pelos enfermeiros em sua prática profissional cotidiana no Pronto Atendimento: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e administração do tempo. Como conclusão, os autores reiteraram a importância das competências gerenciais no processo de trabalho do enfermeiro em Pronto Atendimento, visando ao melhor planejamento e à operacionalização da assistência prestada.

Caveião *et al.* (2014) ressaltaram as competências elencadas pelo enfermeiro para o atendimento do paciente com crise hipertensiva em urgência e emergência. No que diz respeito a essas competências, foram considerados os seguintes pontos: tomada de decisão, liderança, educação permanente, atenção à saúde, comunicação, administração e gerenciamento. A competência da tomada de decisões é uma das mais importantes a ser desenvolvida pelo enfermeiro de urgência e emergência, segundo os resultados da pesquisa. As autoras salientam que, tratando-se de uma situação de urgência e emergência, a capacidade de tomada rápida de decisões é uma competência fundamental para oferecer uma assistência de qualidade.

Holanda, Castagnari & Cunha (2014) construíram uma Matriz de Competência Profissional proposta para o enfermeiro que atua em emergência no Brasil. A criação dessa Matriz de Competência foi realizada com base na experiência profissional das pesquisadoras, evidências empíricas e literatura especializada. As autoras entendem por Matriz de Competência um conjunto de competências mínimas necessárias, Básicas e Associadas, caracterizadoras de atividade profissional do enfermeiro em emergências, conforme apresentado na Figura 1 abaixo. Na construção da Matriz foram utilizados raciocínios dedutivo e indutivo; e concluiu-se que esta Matriz direciona a prática profissional em nível de

excelência dentro de duas premissas essenciais em emergência: qualidade e acesso no atendimento dos usuários.

Figura 1 – Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências

Fonte: Holanda FL, Marra CC, Cunha ICKO. Construção da Matriz de Competência Profissional do enfermeiro em emergências. Acta paul. Enferm. 2014, Aug; 27(4): 373-379.

No estudo de 2015, Holanda, Castagnari & Cunha, a partir da matriz identificada em estudo anterior (Holanda, Marra & Cunha, 2014) construíram um Perfil de Competência de enfermeiros em emergência, agregando às competências básicas e associadas um conjunto de atitudes e comportamentos, expressos em questões identificadoras. O avanço do estudo refere-se principalmente à construção de uma matriz de competências para o enfermeiro em urgência

e emergência no contexto brasileiro. Entretanto, observa-se que muitas dessas competências também se referem a outros profissionais que compõem a equipe interprofissional, por exemplo, o trabalho em equipe, a comunicação e humanização.

Aproximando essa matriz à tipologia de competências definidas por Barr (1998), nota-se que todas as competências elencadas por Holanda, Castagnari & Cunha (2014) também podem ser competências comuns ou colaborativas. Assim, faz-se necessário identificar o que é comum aos demais membros da equipe interprofissional e o que é colaborativo, de forma que as competências possam traduzir o processo de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro como membro de uma equipe interprofissional.

Por fim, vê-se que a maioria dos estudos publicados no Brasil é relacionada às atividades gerenciais do enfermeiro em emergência. Dos nove estudos elencados acima, cinco dizem respeito à competência gerencial; um às atividades do enfermeiro na Classificação de Risco/triagem; um às atividades do enfermeiro no atendimento emergencial na crise hipertensiva; e apenas dois abordam as competências específicas do enfermeiro em urgência e emergência. Embora seja relatada a importância de identificar as competências específicas do enfermeiro em urgência e emergência em estudos nacionais e internacionais, há ainda uma lacuna de conhecimento, em especial no contexto nacional. A ausência de publicações no que se refere às competências específicas do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar justifica a necessidade de investimento em projetos de pesquisa voltados a essa temática.

Considerando-se a importância da prática interprofissional colaborativa no contexto das emergências hospitalar e a necessidade de identificação de competências específicas, comuns e colaborativas para explicitar as ações desenvolvidas pelos profissionais envolvidos na equipe, quais seriam, então, as competências específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam no serviço de emergência hospitalar?

Para responder a essa questão, o presente estudo pretende identificar inicialmente as ações específicas, comuns e colaborativas realizadas pelos enfermeiros que atuam no serviço de emergência hospitalar, entendendo que essa é uma etapa inicial e fundamental para o processo de construção das competências, facilitando e fortalecendo a colaboração, e contribuindo para o desenvolvimento de novas práticas de saúde nesse contexto de assistência.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Mapear as ações específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento de urgência e emergência cardiológica de um hospital público do Estado de São Paulo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as ações específicas do enfermeiro que atua no serviço de emergência cardiológica;
- Identificar as ações comuns entre enfermeiros e demais membros da equipe neste serviço;
- Identificar as ações colaborativas entre os enfermeiros e membros da equipe neste serviço.

3 Referencial teórico metodológico

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Segundo Minayo (1996), a pesquisa qualitativa tem como base: significados, motivações, valores e crenças; e estes não podem ser simplesmente reduzidos às questões quantitativas, pois correspondem a noções muito particulares. Entretanto, os dados quantitativos e qualitativos acabam se complementando em uma pesquisa.

Para melhor aprofundamento e compreensão da pesquisa foram adotados conceitos teóricos: Competências; Prática Interprofissional Colaborativa e Equipes de Saúde (Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial).

Na abordagem por competências, no contexto do processo de trabalho em saúde, adotou-se como referencial teórico a definição de Zarifian (2003). Para uma compreensão mais aprofundada das competências para a prática interprofissional colaborativa, foram utilizadas as definições propostas por Barr (1998) e pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) de 2010. Em publicações relacionadas à educação interprofissional, Barr (1998) defende a construção de uma formação interprofissional, preparando os futuros profissionais para o desempenho da prática interprofissional colaborativa e propõe a construção de três níveis de competências, sendo estas essenciais para a realização daquela prática, a saber: as competências complementares, que neste trabalho definimos como competências específicas, competências comuns e competências colaborativas.

O CIHC (2010) também defende a prática colaborativa e define algumas competências fundamentais para a prática colaborativa nos processos organizacionais, sendo elas: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade; clarificação dos papéis; dinâmica de funcionamento da equipe; liderança colaborativa; e resolução de conflitos interprofissional.

Para melhor compreensão das equipes envolvidas nesse processo de trabalho, foram adotadas as definições de Equipe de Apoio Matricial e de Equipe de Referência propostas por Campos & Domitti (2007).

3.1 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DO REFERENCIAL TEÓRICO

Para que o processo da prática interprofissional colaborativa fosse evidenciado no processo de trabalho do Pronto-Socorro, partiu-se da premissa de que, para haver prática colaborativa em saúde, os profissionais devem reconhecer suas competências específicas e a dos outros profissionais envolvidos no trabalho em saúde, para que assim possam respeitar os limites de atuação das outras áreas e também saibam reconhecer quando a atuação do outro profissional pode e deve ser desempenhada para a complementação da assistência da saúde.

A importância e o reconhecimento da identificação das competências específicas são descritas por Barr (1998), com a identificação das competências complementares durante o processo de formação interprofissional e pelo CIHC (2010) na clarificação dos papéis. A identificação das competências comuns também se faz necessária, para que os profissionais saibam reconhecer quais ações não se restringem a um único campo de atuação e quais profissionais estão aptos para conduzi-las. Essa compreensão facilita o processo de trabalho, tornando os fluxos e o desenvolvimento das atividades mais claros. As competências colaborativas são aquelas desempenhadas por todos os profissionais e são necessárias para que haja um trabalho integrado, compartilhado entre todos os membros da equipe.

Dentro dessas perspectivas de competências para a prática interprofissional colaborativa, este trabalho mapeou as ações específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro no Pronto-Socorro. Primeiramente foram identificadas as ações dos enfermeiros nos diversos setores do Pronto-Socorro: Classificação de Risco, Sala de Pós-Consulta, Sala de Emergência e Sala de Observação. Além da identificação e do mapeamento dessas ações, realizou-se a identificação dos profissionais envolvidos no processo de trabalho junto ao enfermeiro. As ações foram categorizadas segundo os referenciais teóricos de Zarifian (2003), Barr (1998) e do *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) de 2010; e as equipes envolvidas nas ações comuns e colaborativas foram definidas segundo os conceitos de Campos & Domitti (2007), que propõem equipe de Referência e Apoiador Matricial para reforma das organizações e do trabalho em saúde, por meio do funcionamento dialógico e integrado das equipes de saúde.

3.2 COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PROCESSO DE TRABALHO

O conceito de competência vem sendo discutido por diversos autores estrangeiros. Na literatura francesa, o tema passou a ser debatido com mais força a partir dos anos 90, embora tenha iniciado na década de 70, com o questionamento sobre conceito de qualificação e do processo de formação profissional, principalmente em relação às técnicas desenvolvidas para a realização do trabalho. Insatisfeitos com os antigos métodos e frente às necessidades do mercado de trabalho (principalmente da indústria), estudiosos procuraram aproximar o ensino e conhecimento ao ambiente de trabalho, levando em conta as necessidades do empregador a fim de aumentar a capacitação dos trabalhadores e melhorar a qualidade do serviço. Assim buscou-se estabelecer uma relação entre competências e saberes – o *saber agir* – no referencial do diploma e do emprego.

Nesse âmbito, o autor francês Zarifian (1999) identificou três principais mudanças no mundo do trabalho, as quais justificam o modelo de competência para a gestão das organizações:

- Noção de incidente: aquilo que ocorre de forma imprevista, não programada, alterando o desenrolar normal do sistema de produção e ultrapassando a capacidade rotineira de assegurar sua autorregulação. Tal noção prevê que a competência não se resume às predefinições da tarefa; ou seja, o indivíduo precisa ser capaz de mobilizar recursos para resolver as novas situações de trabalho.
- Comunicação: comunicar implica compreender o outro e a si mesmo; significa entrar em acordo sobre os objetivos organizacionais e partilhar normas comuns para a sua gestão.
- Serviço: a noção de serviço, de atender a um cliente externo ou interno da organização, precisa ser central e estar presente em todas as atividades; para tanto, a comunicação é fundamental.

O trabalho, então, deixa de ser visto como um conjunto de tarefas preestabelecidas e descritas para um determinado cargo, para se tornar o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em meio a uma situação profissional cada vez mais mutável, complexa e dinâmica. Esta complexidade de situações torna o imprevisto cada vez mais cotidiano e rotineiro, ou seja, a competência está diretamente ligada à capacidade que o

indivíduo tem em mobilizar recursos para realizar tarefas não programadas ou esperadas no processo de trabalho no qual está inserido (Fleury, 2001).

Na perspectiva adotada neste trabalho, a competência não se limita apenas a um conhecimento teórico e empírico detido pelo indivíduo, nem se encontra focada na tarefa. Segundo Zarifian (1999) a competência é a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam quanto mais aumenta a complexidade das situações.

Zarifian (1999) diferencia as seguintes competências em uma organização:

- Competências sobre processos: os conhecimentos do processo de trabalho.
- Competências técnicas: conhecimentos específicos sobre o trabalho que deve ser realizado.
- Competências sobre a organização: saber organizar os fluxos de trabalho.
- Competências de serviço: aliar à competência técnica a pergunta: qual o impacto que este produto ou serviço terá sobre o consumidor final?
- Competências sociais: saber ser, incluindo atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas; o autor identifica três domínios destas competências: autonomia, responsabilização e comunicação.

Tal definição proposta por Zarifian (1999) coloca a formação de competências ligadas ao processo de trabalho; desta forma, para que haja identificação e mapeamento das competências do enfermeiro, é necessário conhecer e retomar o processo de trabalho em que aquele profissional está inserido, para que suas ações possam ser identificadas nas diversas situações enfrentadas no ambiente de trabalho.

3.3 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS ESPECÍFICAS, COMUNS E COLABORATIVAS

Barr (1998) descreveu três níveis de competências que devem ser reconhecidos e trabalhados pelos membros da equipe profissional de saúde para que ocorra a prática interprofissional colaborativa:

- *Competências profissionais específicas (complementares)*: conhecimentos, habilidades, atitudes e julgamentos específicos e pertinentes a uma determinada profissão.
- *Competências partilhadas ou comuns*: que se sobrepõem a todos profissionais de saúde, mas não necessariamente a todas as profissões de saúde. Estas são muitas vezes uma fonte de tensão entre profissões.
- *Competências colaborativas*: são as competências que todos os profissionais precisam saber e realizar a fim de trabalhar em conjunto com os outros, incluindo não somente os profissionais de saúde, mas também os clientes e famílias, não profissionais e voluntários.

3.4 COMPETÊNCIAS PARA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Considerando a importância da educação e prática interprofissional para o desenvolvimento de novas práticas em saúde, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) estabeleceu seis domínios de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa.

3.4.1 Comunicação interprofissional

A comunicação interprofissional promove um trabalho seguro e eficaz, que requer confiança, respeito mútuo, disponibilidade, comunicação aberta e escuta atenta, sendo estas características das relações de cooperação. Os profissionais devem ser capazes de compartilhar informações necessárias para coordenar os cuidados com os pacientes, clientes, famílias e comunidades, evitando assim lacunas, redundâncias e erros que afetam tanto a eficácia quanto a eficiência do cuidado integral (CIHC, 2010).

3.4.2 Cuidado centrado no paciente/cliente/ família/comunidade

O cuidado ao paciente/cliente/família de forma colaborativa se constitui como uma parceria entre a equipe de profissionais de saúde e o paciente. Neste modelo de cuidado

colaborativo, o paciente adquire o controle sobre a sua própria saúde, de modo que o acesso ao conhecimento e o plano de cuidados é compartilhado entre a equipe de saúde e o paciente.

3.4.3 Clarificação dos papéis

A clarificação dos papéis ocorre quando os profissionais compreendem o seu próprio papel e os papéis dos outros, e usam esse conhecimento para estabelecer e atingir as metas do paciente/cliente, família e comunidade (WHO, 2010).

Estudantes e profissionais precisam articular e desempenhar claramente os seus papéis. Cada um deve ter a capacidade de ouvir outros profissionais, desenvolvendo assim conhecimentos e habilidades compartilhados.

3.4.4 Funcionamento da equipe

A dinâmica de funcionamento da equipe é identificada como uma das competências colaborativas desenvolvidas pelo CIHC, que diz respeito ao conjunto de conhecimentos e habilidades que profissionais devem desenvolver em equipe e ao processo grupal que viabilizam a prática interprofissional colaborativa (CIHC, 2010). Isto requer dos profissionais envolvidos o entendimento sobre o processo de trabalho em equipe; respeito aos valores éticos dos membros; interações e discussões efetivas; e tomada de decisão compartilhada. Espera-se que tal dinâmica de equipe propicie compartilhamento das práticas de saúde, contribuição dos diferentes saberes aplicados ao trabalho em conjunto, responsabilidade compartilhada e objetivos comuns entre a equipe.

3.4.5 Liderança colaborativa

Dentro da liderança colaborativa ou compartilhada, os profissionais apoiam a escolha do líder de acordo com o contexto vivenciado pela equipe em uma determinada situação, momento ou período. Assim, cada profissional assume a responsabilidade compartilhada de acordo com os processos escolhidos e vivenciados a fim de alcançar melhores resultados.

3.4.6 Resolução de conflitos interprofissionais

A resolução de conflitos interprofissionais é vista como uma competência que favorece a prática interprofissional colaborativa. Nesse sentido, os profissionais se reúnem ativamente

– incluindo, se necessário, o/a cliente/paciente/família –, criando um espaço para abordar e discutir, de forma construtiva e positiva, os desentendimentos e situações conflituosas que aparecem em meio à prática interprofissional. Assim, os profissionais conseguem reconhecer situações de potencial conflito e tomar medidas construtivas para enfrentá-los. Essa abordagem fortalece as relações interprofissionais, garantindo a valorização profissional, o respeito mútuo, a ética e a confiança entre os membros (WHO, 2010).

3.5 DEFINIÇÃO DE EQUIPES: EQUIPE DE REFERÊNCIA, EQUIPE DE APOIO MATRICIAL, EQUIPE DE APOIO FIXA DO PRONTO-SOCORRO E EQUIPE DE APOIO NÃO FIXA DO PRONTO-SOCORRO

O Pronto-Socorro (PS) é um serviço dinâmico, complexo, que exige a atuação e intervenção de diversos profissionais para que o serviço e o fluxo de atendimento de urgência e emergência ocorram de forma rápida, eficaz e segura. Dentre os profissionais que compõem a equipe do PS incluem-se: o recepcionista que abre a ficha de atendimento do paciente que procura a unidade de urgência e emergência; o enfermeiro da Classificação de Risco, que classifica o paciente de acordo com o protocolo institucional, o segurança que controla a entrada e saída de pacientes, acompanhantes e profissionais da instituição; enfermeiros e médicos, que atuam diretamente no cuidado do paciente, desde sua entrada na instituição até receber alta; o técnico de eletrocardiograma que realiza o eletrocardiograma do paciente sempre que necessário; o técnico de laboratório que realiza a coleta de exames de sangue solicitados pelos médicos; o nutricionista que realiza a avaliação nutricional dos pacientes institucionalizados; o assistente social que intervém sempre que necessário em questões sociais do paciente e da família; a equipe de higiene hospitalar; os auxiliares administrativos e escrivães que atuam nas questões administrativas do setor; o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo.

Para melhor compreensão das equipes atuantes no PS, adotou-se como referencial teórico a definição de equipe de referência e equipe de apoio matricial proposta por Campos & Domitti (2007).

O apoiador matricial é o profissional especialista que não pertence ao mesmo núcleo de profissionais responsáveis pela condução do cuidado do paciente, porém pode agregar conhecimentos específicos e contribuir com intervenções de forma complementar ao cuidado realizado pela equipe responsável pela condução do caso, neste caso, a equipe de referência.

O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. Diferente do apoiador matricial, a equipe de referência é composta por profissionais de diferentes especialidades que atuam no mesmo núcleo de trabalho, são considerados essenciais e responsáveis pela condução do cuidado do paciente, juntos intervêm sobre um mesmo problema de saúde –, buscando atingir objetivos comuns e sendo responsáveis pela realização de um conjunto de tarefas, operando com diversos modos de intervenção (Campos & Domitti, 2007).

Assim, o profissional da equipe de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador (Campos & Domitti, 2007).

Essa proposta de equipes surge para ordenar a relação entre os níveis hierárquicos do sistema, quanto para facilitar a comunicação e integração de equipes de saúde, especialistas, ou mesmo entre distintas profissões que trabalhem em um mesmo serviço, hospital ou centro de referência (Campos & Domitti, 2007).

O termo “apoio” foi excluído do método Paideia (Campos, 2000), que cria a figura do apoiador institucional e sugere a gestão do trabalho em equipe, em que a relação dialógica ocorre entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos. O termo “matricial” sugere que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (Campos & Domitti, 2007).

A prática de matriciamento foi reconhecida e adotada como processo de trabalho na atenção primária à saúde, mais especificamente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e surgiu com o objetivo de ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Algumas das finalidades do matriciamento dentro do NASF são: realizar ações compartilhadas para uma intervenção transdisciplinar, com trocas de saberes entre os profissionais envolvidos, visando ampliar o olhar sobre determinada situação e melhorando o direcionamento as ações; promover a corresponsabilidade entre a equipe de saúde; facilitar a vinculação do usuário aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, Fiocruz).

Portanto, entende-se que a equipe de referência e o matriciamento podem ser extensiva a nível hospitalar, como enfermarias, unidades de urgência e/ou terapia intensiva, o que

ajudaria na ampliação e organização do trabalho em saúde nesses serviços (Campos & Domitti, 2007).

Ass definições de Equipe de Referência e de Equipe de Apoio Matricial foram utilizadas para organizar a composição das equipes envolvidas no cuidado ao paciente hospitalizado, pois entende-se que as ações centradas no paciente promovem a prática interprofissional colaborativa e a articulação entre equipes de diferentes serviços de saúde na rede de atenção. De fato, estas ações não se restringem ao trabalho de uma única equipe ou intra-equipe, mas extrapolam a dimensão de trabalho em equipe dentro de um único serviço de saúde. A prática colaborativa, pois, avança no sentido de ampliar as redes de cuidados e as relações interprofissionais, aprimorando a qualidade do atendimento ao paciente em todos os níveis organizacionais, seja ele primário, secundário ou terciário.

Para o presente trabalho, consideramos parte da Equipe de Referência os profissionais da saúde que atuam 24 horas no Pronto-Socorro no atendimento direto ao paciente, ou seja: Médico, Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem e Técnico de Eletrocardiograma. Para a Equipe de Apoio Matricial, consideramos os profissionais de saúde que não são fixos do PS, ou seja, que não permanecem o tempo todo no setor, porém estão presentes quando solicitados pela equipe de referência ou quando verificam a necessidade de contribuir com seu saber específico no cuidado ao paciente: Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista.

Para a definição dos outros profissionais que contribuem de forma direta ou indireta para o cuidado do paciente institucionalizado no PS, porém não pertencem à equipe de referência nem à equipe de apoio matricial segundo a definição de Campos *et al.* (2007), houve a necessidade de adotarmos mais duas definições de equipes, sendo elas Equipe de Apoio Fixa do PS e Equipe de Apoio Não Fixa do PS. A Equipe de Apoio Fixa compreende profissionais que fazem parte do quadro de funcionários do PS e que são de extrema importância para o processo do cuidar, porém auxiliam no cuidado de forma indireta: recepcionista, escriturário, técnico administrativo, segurança e auxiliar de higiene/ limpeza. A Equipe de Apoio Não Fixa corresponde aos profissionais que também participam do cuidado ao paciente, porém não fazem parte do quadro de funcionários, isto é, profissionais que atuam no PS apenas quando solicitados: Assistente do Serviço de Arquivo Médico e Estatística SAME, motorista da ambulância, Técnico de Raios X e Técnico de Laboratório (coleta de exames laboratoriais). A Figura 2 ilustra de forma sintética a composição das equipes construída para o presente estudo.

Figura 2 – Equipes do Pronto-Socorro. São Paulo, 2017

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

3.6 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público de ensino e pesquisa de grande porte e de referência do Estado de São Paulo para atendimento cardiovascular, que conta com os setores de Pronto-Socorro (PS) adulto, Internação, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Semi-UTI, Centro Cirúrgico, Hemodinâmica, Unidade para Estudos Eletrofisiológicos, Unidade Coronariana, Ambulatório para atendimento médico, de enfermagem e realização de exames cardiológicos como: Ecocardiografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear para realização de Cintilografias, entre outros. O Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia possui 370 leitos, sendo 34 leitos de Pronto-Socorro, porta aberta, com média de 4.000 atendimentos por mês (Peixoto, 2013).

Desde a inauguração do Pronto-Socorro, sua estrutura física passou por várias adaptações e o seu modelo de atendimento também. Atualmente, é composta por recepção e Sala de Pós-Consulta contendo: uma sala de Classificação de Risco; quatro consultórios médicos; sala para realização de eletrocardiograma; Sala de Pós-Consulta; Sala de Emergência com três leitos; e unidade de observação composta de 11 leitos, destinados a

pacientes críticos e semicríticos com monitoramento contínuo dos parâmetros vitais (Peixoto, 2013).

3.6.1 Recepção do Pronto-Socorro

Lugar onde se inicia o atendimento ao paciente por meio da abertura de ficha e encaminhamento para o enfermeiro da Classificação de Risco.

3.6.2 Classificação de Risco (CR)

A Classificação de Risco, implantada em 2009, reestruturou o atendimento ao paciente, que passou então a ser atendido por ordem de gravidade ao invés de ordem de chegada. O enfermeiro realiza o primeiro atendimento ao paciente classificando-o com base em diretrizes estabelecidas pelo serviço de acordo com a sua gravidade, encaminhando-o então para a sala de eletrocardiograma, Sala de Emergência ou para o atendimento médico (Peixoto, 2013).

3.6.3 Sala de Pós-Consulta (SPC)

A Sala de Pós-Consulta conta com quatro consultórios médicos, sala para medicação, sala de eletrocardiograma e posto de enfermagem. Após o atendimento médico, o paciente pode receber liberação imediata, ou aguardar na SPC para realizar exames laboratoriais e/ou imagem, medicações, observação e reavaliação médica para liberação ou internação. Nesse período ele recebe assistência de enfermagem individualizada e sistematizada (Peixoto, 2013).

3.6.4 Sala de Emergência (SE)

Nos três leitos destinados ao atendimento de urgência e emergência, a equipe de enfermagem é capacitada para prestar assistência rápida e sistematizada. São realizados procedimentos de alta complexidade como:

- Cardioversão elétrica e química;
- Passagem de marca-passo transvenoso;

Além de atendimentos de emergência, como:

- Arritmias cardíacas;
- Parada Cardiorrespiratória;
- Insuficiência Respiratória;
- Síndromes Coronarianas, etc.

Ao enfermeiro compete realizar a avaliação clínica do paciente e o planejamento da assistência de enfermagem para seu atendimento; realizar os procedimentos de alta complexidade e fazer a Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE (histórico, diagnóstico, evolução e prescrição de enfermagem), além da supervisão dos cuidados prestados (Peixoto, 2013).

3.6.5 Sala de Observação (SO)

Na unidade de observação, dentre as atividades realizadas pelo enfermeiro estão: a avaliação clínica dos pacientes internados e a determinação do grau de dependência, que, de acordo com Fugulin (1994), permitem realizar a distribuição da equipe de enfermagem para prestação dos cuidados, evitando a sobrecarga dos funcionários e serviços, contribuindo assim para a melhor qualidade da assistência prestada.

Optou-se por desenvolver a pesquisa no Pronto-Socorro por supor-se que, devido à dinâmica do seu serviço, esta seria uma das áreas onde as atividades realizadas requerem melhor atendimento da equipe de saúde no menor tempo possível; e onde a agilidade, dinamismo, pró-atividade e a prática colaborativa tornam-se essenciais para um atendimento eficaz que impacte na sobrevida do paciente (Peixoto, 2013).

A escolha do hospital foi feita com base no critério de conveniência, acrescido da justificativa de que se trata de um hospital público de ensino e pesquisa, referência no atendimento de emergência hospitalar a pacientes cardiovasculares. As unidades do Pronto-Socorro selecionadas para a pesquisa foram: Classificação de Risco, Sala de Pós-Consulta, Sala de Observação e Sala de Emergência. A escolha dessas unidades teve como critério a presença e o trabalho do enfermeiro, foco deste estudo.

Figura 3 – Fluxograma do atendimento no Pronto-Socorro. São Paulo, 2017

Fonte: Fluxograma de atendimento do PS, adaptado de Peixoto *in* Souza & Ayoub, 2013. São Paulo, 2017.

3.7 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com 20 enfermeiros que atuam no PS cardiológico no período da manhã, tarde e noite. O quadro total era composto por 29 enfermeiros assistenciais nos diferentes plantões, e um enfermeiro coordenador da unidade, totalizando 30. Neste estudo, foram incluídos apenas os enfermeiros assistenciais, pois entende-se que esses participam diretamente do cuidado e do gerenciamento do cuidado e, portanto, são informantes-chave

sobre as ações desenvolvidas. Como critério de inclusão para os participantes, consideraram-se apenas os enfermeiros que atuavam em período igual ou maior a um ano dentro da unidade do Pronto-Socorro, para abranger sujeitos com uma experiência e vivência mínima no local de estudo; enfermeiros com diferentes anos de formação e atuação na unidade, pois entende-se que, para identificar as ações, é necessário garantir a diversidade das experiências profissionais, bem como as relacionadas à formação. Como critério de exclusão dos participantes, consideraram-se os enfermeiros que estavam afastados do trabalho por faltas consecutivas ou por licença médica, dada a dificuldade de acesso a eles.

Dos 29 enfermeiros que faziam parte do quadro de enfermeiros assistenciais da unidade, três recusaram participar do estudo, quatro estavam atuando na unidade há menos de um ano, e dois não participaram por dificuldades no agendamento para realização da entrevista.

3.8 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da entrevista semiestruturada, definida como uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador e *“destinada a construir informações pertinentes para um objeto de estudo, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo”* (Minayo, 2008, p. 261).

A principal vantagem da entrevista semiestruturada é que essa técnica tem um índice de respostas mais abrangente, uma vez que é mais comum as pessoas aceitarem falar sobre determinados assuntos (Selltiz *et al.*, 1987).

A técnica de entrevista semiestruturada também tem como vantagem a sua flexibilidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas e possibilita maior abertura e proximidade, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados. De fato, quanto menos pré-estruturada for a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes.

A entrevista semiestruturada combina questões fechadas e abertas presentes em um roteiro norteador (Apêndice 1), que permite que o entrevistador convide o entrevistado a explorar os temas de interesse para os objetivos da investigação, de modo a produzir uma reflexão a seu respeito com base em sua experiência e conhecimento. Foram construídas perguntas fechadas, relacionadas à caracterização dos participantes e às seis perguntas abertas da entrevista:

1. Conte-me como é um dia típico de trabalho seu na Classificação de Risco, Sala de Pós-Consulta, Sala de Emergência e Sala de Observação. Que atividades você realiza?
2. Pensando neste dia típico de trabalho que você descreveu, quais ações/atividades você considera específicas do enfermeiro nesses setores?
3. Quais dessas ações/atividades você considera comum a outros membros da equipe?
4. Quais ações/atividades são colaborativas, ou seja, realizadas em colaboração/articulação entre você e outros membros da equipe?
5. Além da situação descrita, que outras ações/atividades você considera específicas do enfermeiro nesses serviços? E comuns? E colaborativas?
6. Há alguma informação que você julgue importante comentar a respeito do tema e que não foi abordada nas perguntas?

3.9 ABORDAGEM DOS SUJEITOS PARTICIPANTES

Inicialmente, os enfermeiros que atuavam no serviço de urgência e emergência da instituição participante foram abordados pessoalmente nos seus respectivos plantões: manhã, tarde e noite. O projeto de pesquisa foi apresentado a cada um deles e, após a apresentação, eles foram convidados a participar do estudo. Após os aceites, foram agendadas as respectivas datas, horários e locais, conforme a disponibilidade e o interesse dos sujeitos entrevistados para a realização da entrevista.

As entrevistas aconteceram antes ou após o expediente de serviço dos enfermeiros participantes, na própria instituição. A duração das entrevistas variou de 17 minutos a 1 hora e 37 minutos. A presença do gravador como instrumento de pesquisa em algumas entrevistas causou inibição e timidez em alguns entrevistados, o que resultou em entrevistas rápidas, com respostas mais fechadas, menos abrangentes com relação ao tema abordado. Em contrapartida, houve entrevistas com longa duração, nas quais os entrevistados sentiram-se à vontade para refletir sobre o tema e falar detalhadamente sobre o seu processo de trabalho no Pronto-Socorro.

3.10 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

O material proveniente das entrevistas foi analisado com base na técnica de análise temática de Bardin (2011), percorrendo as três fases: pré-análise, tratamento dos dados e interpretação à luz do referencial teórico e literatura sobre o tema de estudo.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito e, posteriormente, realizou-se uma leitura aprofundada de todo o material para a identificação dos trechos relacionados às ações realizadas pelos enfermeiros no PS. Em seguida, os trechos foram organizados de acordo com os setores do PS e foram identificadas e organizadas as ações dos enfermeiros. Para exclusão de repetições e padronização das ações específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro foi realizada dupla checagem e, por fim, o agrupamento das ações por eixo. A figura 4 sintetiza o processo de análise realizado.

Figura 4 – Processo de Análise dos dados. São Paulo, 2017

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

4 Aspectos éticos

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do serviço estudado. A abordagem dos participantes foi realizada conforme determina a Resolução 466/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) foi entregue e assinado em duas vias, uma delas permanecendo com o participante e outra com a pesquisadora.

Para a realização das entrevistas, os participantes foram convidados individualmente em momento, condição e local adequados, mantendo-se a privacidade, tal como previsto na Resolução 466/201.

5 Resultados

5 RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados provenientes das entrevistas realizadas com os enfermeiros do Pronto-Socorro. A caracterização dos entrevistados está explicitada na tabela 1, de acordo com as variáveis e o número de sujeitos. Os resultados das ações específicas, comuns e colaborativas foram expressos por meio de quadros, onde foram divididos por setor, eixo temático e ação; no caso dos quadros das ações comuns e colaborativas foram acrescentadas os profissionais e a equipe envolvida nas ações.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

Tabela 1 – Caracterização dos sujeitos entrevistados. São Paulo, 2017

VARIÁVEL	SUJEITOS	
	N	%
IDADE		
25-30 anos	9	45
31-35 anos	2	10
36-40 anos	2	10
41-45 anos	6	30
Acima de 46 anos	1	5
SEXO		
Feminino	17	85
Masculino	3	15
ANO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO		
1986-1990	1	5
1991-2000	4	20
2001-2010	5	25
2011-2015	10	50
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO		
Cardiologia	15	75
UTI	2	10
Enfermagem do trabalho	1	5
Centro Cirúrgico	1	5
Não possui especialização	1	5

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL	SUJEITOS	
	N	%
MESTRADO		
Possui	2	10
Não possui	15	75
Em andamento	3	15
ANOS DE EXPERIÊNCIA EM EMERGÊNCIA		
1-5 anos	14	70
11-15 anos	2	10
16-20 anos	2	10
Acima de 21 anos	2	10
ANOS DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO		
1-5 anos	16	80
10-15 anos	1	5
16-20 anos	2	10
Acima de 21 anos	1	5
ANOS COMO ENFERMEIRO DO PRONTO-SOCORRO		
1-5 anos	17	85
10-20 anos	2	10
Acima de 21 anos	1	5

(conclusão)

Autora: Karoline Zem Fonseca.

Neste estudo, com relação à caracterização dos sujeitos entrevistados, observa-se que os enfermeiros que atuam no Pronto-Socorro apresentam idade entre 25 e 51 anos, com predomínio de enfermeiros jovens, com idade entre 25-30 anos (45%). Dos 20 entrevistados, a maioria é do sexo feminino – 17 (85%) –, e apenas 3 (15%) do sexo masculino. Observa-se o predomínio do sexo feminino no setor. Tal fato coincide com outros estudos realizados em setores de urgência e emergência (Furtado *et al.*, 2010) e reproduz a história da enfermagem, profissão esta exercida quase que exclusivamente por mulheres desde os seus primórdios.

Quanto ao ano de conclusão da Graduação, houve uma variação bastante significativa, com enfermeiros formados entre os anos de 1986 a 2015. A maioria dos profissionais concluíram a graduação entre os anos de 2011 a 2015.

Destaca-se que 19 (95%) enfermeiros possuem especialização, sendo 15 (75%) na área de Cardiologia, área de especialização do Pronto-Socorro estudado, que é referência no Estado de São Paulo em atendimento cardiológico, atuando nas áreas de assistência, ensino e pesquisa. Há dois enfermeiros (10%) com mestrado concluído e três (15%) em andamento, ambos em Ciências da Saúde. Nenhum dos enfermeiros possui título de doutorado.

Com relação ao tempo de experiência em emergência, observa-se que 14 (70%) apresentam experiência em emergência que varia de 1 a 5 anos. Nota-se que tal fato relaciona-se à idade dos enfermeiros entrevistados, que em sua maioria são jovens, e ao ano de atuação na instituição, que variou de 1 a 27 anos, havendo uma prevalência do período de 1 a 5 anos de atuação na instituição, o que corresponde a 80% da população entrevistada.

Com relação ao tempo de atuação do enfermeiro no Pronto-Socorro da instituição estudada, o tempo também variou de 1 a 25 anos, sendo que a maioria dos entrevistados atua como enfermeiro do Pronto-Socorro entre 1 e 5 anos (85%).

Quanto ao período de trabalho, cinco são enfermeiros que atuam no período noturno, com escala de 12x36h das 19h00 às 7h00; nove no período matutino, das 7h00 às 13h00; e seis atuam no período vespertino, das 13h00 às 19h00. Quanto a outro vínculo empregatício, sete enfermeiros responderam que possuem outro vínculo; quatro enfermeiros atuam na área de ensino, sendo um como docente e supervisor de estágio; e três atuam em outra instituição hospitalar, sendo um na UTI, um como técnico administrativo e um na unidade coronariana.

Ao observar os dados apresentados na tabela acima, verifica-se que o Pronto-Socorro da instituição estudada apresenta uma grande diversidade de profissionais, no que se refere à faixa etária, ano de conclusão da graduação, anos de experiência em emergência, anos de instituição e anos de atuação no Pronto-Socorro. Deste perfil, dos profissionais pode-se apreender que se caracterizam pela juventude e especialização, porém com formação recente e pouco tempo de trabalho no serviço de urgência e emergência, o que deve ser responsável por uma menor experiência dos profissionais.

5.2 AÇÕES ESPECÍFICAS, COMUNS E COLABORATIVAS DO ENFERMEIRO EM PS

O PS da instituição estudada se divide em quatro setores e cada enfermeiro se responsabiliza por um deles, incluindo equipe de enfermagem e pacientes internados. Conforme já mencionado, esses setores são denominados: Classificação de Risco (CR), Sala

de Pós-Consulta (SPC) – chamada pelos profissionais que atuam no PS como Sala de Medicação –, Sala de Emergência (SE) e Sala de Observação (SO), conforme ilustrado na Figura 5.

Figura 5 – Setores do Pronto-Socorro. São Paulo, 2017

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Os resultados a seguir apresentam as ações do enfermeiro dentro dos quatro setores do PS. Os enfermeiros atuam sempre rodiziando com outros enfermeiros e desempenhando diversas atividades que podem ou não ser específicas do setor. Ele desenvolve atividades específicas ao enfermeiro, atividades comuns a outro profissional ou, então, atividades colaborativas, ou seja, que requerem colaboração da equipe ou de outro profissional. As atividades específicas, comuns ou colaborativas desempenhadas pelo enfermeiro e pela equipe de saúde variam de acordo com as situações vivenciadas por ele diariamente no Pronto-Socorro.

As ações específicas do enfermeiro do PS foram mapeadas no quadro abaixo conforme o setor em que essas ações ocorrem e categorizadas nos seguintes eixos: Assistência de Enfermagem, Tomada de decisão, Gestão da Assistência de Enfermagem, Gestão do Serviço de Saúde, Educação Permanente, Apoio Familiar e ao Paciente ([Figura 6](#)).

Figura 6 – Eixos das ações específicas do enfermeiro em Pronto-Socorro. São Paulo, 2017

Autoras: Karoline Zen Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Para os eixos Assistência de Enfermagem e Tomada de decisão adotou-se como referencial adaptado a definição proposta no estudo de Holanda *et al.* (2014).

Nesse estudo, as autoras defendem que o desempenho assistencial é a capacidade do enfermeiro de prestar assistência individualizada, atendendo às necessidades e expectativas dos clientes de forma a assegurar um cuidado baseado em saberes científicos e em procedimentos técnicos essenciais para um resultado de qualidade e ações para tomada de decisão; é a capacidade de escolher um curso de ação diante de diversas alternativas cabíveis para agir nas situações/condições cotidianas, considerando conhecimentos, práticas, limites e riscos envolvidos no processo decisório.

Segundo Almeida *et al.* (2011 *apud* Marquis *et al.*, 2005), a tomada de decisão deve ser feita com conhecimento, racionalidade, competência e consciência, para que resulte no alcance do objetivo esperado, ou o mais próximo dele. Suas etapas são: identificação do problema, reunião de dados para análise das causas e das consequências do problema, investigação de soluções alternativas, avaliação das alternativas, seleção da solução mais adequada, implementação da solução escolhida e avaliação dos resultados. O processo decisório inicia-se a partir da percepção de que algo fora da normalidade está acontecendo, mas nem sempre o problema está bem delimitado. A análise do problema é constituída de

uma série de processos que podem ser aprendidos e utilizados como instrumentos do processo de trabalho gerencial (Marquis *et al.*, 2005, *apud* Almeida, 2011).

Para o eixo da Gestão da assistência de enfermagem foram consideradas as ações relacionadas ao dimensionamento da equipe de enfermagem, supervisão das ações realizadas pela equipe de enfermagem, ações de planejamento da assistência de enfermagem, coordenação do processo do cuidado de enfermagem e orientações a equipe de enfermagem relacionadas ao cuidado.

O dimensionamento da equipe de enfermagem envolve a avaliação, o planejamento e a distribuição necessária de recursos humanos de enfermagem disponível, de acordo com a complexidade de cuidado do paciente, de modo a zelar pela qualidade da assistência prestada (Santos *et al.*, 2013).

O planejamento da assistência de enfermagem ocorre por meio de um exercício contínuo de fazer escolhas e elaborar planos para realizar ou colocar uma determinada ação em prática. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um exemplo da prática de planejamento do enfermeiro, por meio da qual ele articula a dimensão assistencial e gerencial do seu trabalho (Santos JLG, *et al.*, 2013).

Quanto à atividade de coordenar as atividades relacionadas ao cuidado, essa ação provém da participação do enfermeiro em todas as etapas da produção do cuidado, orientando, controlando, supervisionando, garantindo os recursos necessários às intervenções, articulando, interligando e encaminhando todas as ações assistenciais realizadas pelo conjunto dos profissionais de saúde e enfermagem nos serviços de saúde (Santos *et al.*, 2013).

Com relação ao eixo Gestão do serviço de saúde, entende-se que esse processo corresponde a uma ação gerencial do enfermeiro, mas que está relacionada diretamente ao serviço de saúde e indiretamente relacionada à qualidade do atendimento prestado ao paciente. Esse tipo de gestão interfere não apenas no atendimento prestado pela equipe de enfermagem, mas também no atendimento de outros profissionais envolvidos no processo do cuidado. Assim, compreende-se como gestão do serviço de saúde as ações relacionadas ao planejamento, avaliação e supervisão dos equipamentos e recursos materiais utilizados no Pronto-Socorro por meio da checagem diária da quantidade, qualidade e funcionamento adequado deles; limpeza, organização e manutenção de todo o setor do Pronto-Socorro (Santos *et al.*, 2013).

O eixo Educação Permanente está relacionado a ações do enfermeiro em identificar o nível de conhecimento, orientar e capacitar as equipes que estão sob sua responsabilidade,

atuar como facilitador da aquisição de saber, atualização profissional e capacidade de auto-organização, promovendo treinamento em serviço sobre novos protocolos e novos procedimentos inerentes às atividades de enfermagem, contribuindo para a realização de melhores práticas de cuidado (Santos *et al.*, 2013).

No âmbito das políticas nacionais de saúde, a educação permanente apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e assistenciais e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas, gestões e instituições formadoras (Brasil, 2004).

O eixo temático Apoio familiar e ao paciente foi adaptado a partir da competência “Cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade”, proposta pelo CIHC (2010), e da Atenção Centrada no Paciente (Agreli *et al.*, 2016), que refere-se às ações direcionadas ao familiar e ao paciente como: contato realizado com o familiar para esclarecimento de dúvidas, solicitação de exames e documentação pertinente ao paciente; orientações e acolhimento realizado por parte do enfermeiro ao paciente e familiar.

A seguir serão apresentados os quadros com as ações específicas do enfermeiro no Pronto-Socorro de acordo com o setor em que esta ação é realizada e o eixo em que ela se enquadra: Assistência de Enfermagem, Tomada de decisão, Gestão da Assistência de Enfermagem, Gestão do Serviço de Saúde, Educação Permanente e Apoio familiar e ao paciente.

Quadro 01 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Verifica sinais vitais: Frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de O ₂ , frequência respiratória e temperatura axilar			
	Verifica glicemia capilar quando o paciente apresenta sinais e sintomas de hiper/hipoglicemia			
		Realiza sondagem vesical de demora e de alívio, sondagem nasogástrica ou nasoenteral, conforme prescrição médica		
		Instala hemoderivados, conforme protocolo institucional e prescrição médica		
		Realiza curativos de pequena e grande complexidade – feridas contaminadas e de inserção de cateteres centrais		

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
		Realiza coleta exames (tipagem sanguínea e hemocultura), quando solicitado pela equipe médica		Realiza coleta exames (tipagem sanguínea e hemocultura), quando solicitado pela equipe médica
			Coleta exames de sangue do cateter venoso central e cateter de pressão arterial invasiva – PAI conforme solicitação médica	
		Realiza punção venosa de maior complexidade		
			Prepara o paciente para a cardioversão elétrica eletiva conforme protocolo institucional	
		Instala medicações antivirais via endovenosa, conforme prescrição médica e protocolo institucional		
			Realiza controle rigoroso dos sinais vitais de 2/2horas, em paciente com drogas vasoativas	

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.2.1 Ações relacionadas ao eixo Assistência de Enfermagem

Com relação ao eixo **Assistência de Enfermagem** (Quadro-1), verifica-se que essas ações são realizadas com maior frequência na Sala de Pós-Consulta e na Sala de Emergência, onde foram relatadas seis ações específicas realizadas pelo enfermeiro em ambos os setores; seguida da Sala de Observação, com quatro ações, e da Classificação de Risco, com apenas duas ações.

Na Classificação de Risco, as duas ações relacionadas ao eixo de Assistência de Enfermagem foram verificação de sinais vitais e glicemia capilar, sendo a primeira imprescindível para a avaliação do quadro clínico apresentado pelo paciente.

Observa-se que as ações assistenciais realizadas pelo enfermeiro na Sala de Pós-Consulta podem ser consideradas como ações procedimentais de baixa a média complexidade e estão relacionadas à coleta de exames de sangue, instalação de drogas antivirais via endovenosa que devem ser administradas apenas pelo enfermeiro, e punção venosa de maior complexidade, como a punção de veia jugular externa.

Na Sala de Emergência, as ações em geral são procedimentais de média a alta complexidade, sendo elas: manipulação com cateteres centrais para coleta de exames de sangue, preparo do paciente para cardioversão elétrica eletiva e controle rigoroso dos sinais vitais dos pacientes que estão recebendo drogas vasoativas via endovenosa.

Na Sala de Observação foram identificadas ações procedimentais de média complexidade como sondagem vesical, nasogástrica e nasoenteral, realização de curativos de pequena à grande complexidade e coleta de exames de sangue como típagem sanguínea e hemocultura.

Quadro 02 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Tomada de decisão. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
TOMADA DE DECISÃO		Identifica, avalia, reavalia e anota os pacientes que estão aguardando a realização ou resultados de exames há mais de 6 ou 12 horas, que aguardam conduta ou reavaliação médica, internação hospitalar ou os que foram		
		Identifica, notifica e avalia as lesões de pele que acomete o paciente, indicando o curativo adequado para cada tipo de lesão e aciona o membro do grupo de curativo, quando necessário		
			Prioriza o atendimento aos pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos ou que apresentam sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica	
		Checa resultado dos exames laboratoriais dos pacientes e conversa com a equipe médica sobre alterações		
			Avalia clinicamente e faz anotação de enfermagem de todos os pacientes que estão internados	
		Admite e Avalia pacientes provenientes de outros setores com intercorrências clínicas		
	Utiliza raciocínio clínico para tomada de decisão sobre a classificação do paciente, conforme o protocolo institucional			
	Classifica o usuário de acordo com queixas, sinais e sintomas e identifica os que necessitam de atendimento médico mediato, imediato e não mediato por meio das cores vermelho, amarelo, verde e azul, conforme protocolo institucional			

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello

5.2.2 Ações relacionadas ao eixo Tomada de decisão

Referente ao eixo Tomada de decisão (Quadro-2), observa-se que todas as ações estão relacionadas à avaliação clínica do enfermeiro junto ao paciente e à checagem dos resultados dos exames laboratoriais ou de imagem junto ao médico.

Essas ações são importantes para as decisões que envolvem, por exemplo, alta hospitalar ou até mesmo a indicação de cuidados mais complexos por parte da equipe interprofissional em relação ao paciente; e elas ocorrem com mais frequência na Sala de Emergência.

Na Sala de Emergência, foram identificadas cinco ações referentes à tomada de decisão, seguidas de quatro ações realizadas na Sala de Pós-Consulta, quatro na Sala de Observação e apenas duas na Classificação de Risco.

Esse resultado representa a dinamicidade da Sala de Emergência dentro do setor de urgência/emergência, que requer do enfermeiro, além das ações assistenciais, ações que envolvem o processo de tomada de decisão rápida e eficaz.

Quadro 03 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão da Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
GESTÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Recebe e passa plantão de enfermagem			
	Realiza anamnese e o exame físico de acordo com a queixa principal			
		Adota medidas de precaução a ser utilizada nos pacientes que estão na sala de pós consulta		
		Realiza e registra a Sistematização da Assistência de Enfermagem (histórico, exame físico, diagnóstico de enfermagem, evolução e prescrição de enfermagem) no momento da internação e para os pacientes que estão há mais de 12 horas aguardando conduta médica.		
		Checa o preparo dos pacientes que aguardam procedimentos cirúrgicos, não cirúrgicos e exames		
			Registra as ações realizadas e as drogas administradas pela equipe interprofissional durante o período da parada cardiorrespiratória (PCR) no impresso de parada cardiorrespiratória institucional	

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
			Realiza a divisão dos elementos A B e C para realizar a reanimação cardiorrespiratória (RCP) entre os profissionais da equipe de enfermagem	
		Realiza escala e distribuição da equipe de enfermagem, conforme demanda de atividades, número de pacientes internados e a complexidade do cuidado		
		Realiza aprazamento de prescrição médica		
		Encaminha o paciente para realizar exames em outros setores da instituição ou para outras instituições, conforme solicitação médica		

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Quadro 04 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão da Assistência de Enfermagem. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
GESTÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM				Registra a escala de funcionários e suas respectivas atividades e setores escalados durante o plantão, transferências de pacientes para outros setores, admissões de pacientes realizadas, óbitos e intercorrências no livro de passagem de plantão.
		Confere a administração e o aprazamento das medicações, conforme prescrição médica		
			Acompanha administração e infusão de drogas vasoativas e medicações com dupla checagem	
		Supervisiona a ação dos auxiliares e técnicos de enfermagem		
				Preenche a planilha de indicadores de complexidade assistencial e perfil dos pacientes

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
		Orienta a equipe de enfermagem para atentar e observar os pacientes que estão na sala de pós consulta quanto a: sinais e sintomas apresentados, queixas de dor, exames, provável internação ou alta hospitalar		
			Identifica e Orienta a equipe de enfermagem sobre as prioridades de cuidado ao paciente	
				Checa as pulseiras de identificação do paciente e datas das trocas dos curativos a serem realizados
		Confere todos os impressos e documentos contidos no prontuário do paciente em caso de transferência para outro setor		
		Delega atividades não privativas do enfermeiro aos técnicos e auxiliares de enfermagem, quando necessário		

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.2.3 Ações relacionadas ao eixo Gestão da Assistência de Enfermagem

Verifica-se que o enfermeiro realiza diferentes ações relacionadas à **Gestão da Assistência de Enfermagem** (Quadros 3 e 4), como: passagem de plantão, planejamento e realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE), supervisão da equipe de enfermagem, registro de indicadores assistenciais, realização de escala e distribuição da equipe de enfermagem entre outras atividades. Essas atividades foram evidenciadas com maior frequência na Sala de Pós-Consulta, Emergência e Observação, setores onde as atividades assistenciais são realizadas com maior frequência pela equipe de enfermagem. Na Classificação de Risco foi identificada apenas uma ação relacionada à gestão da assistência: a realização da anamnese e o exame físico conforme queixa do paciente, sendo estas ações etapas importantes para a avaliação e tomada de decisão do enfermeiro frente a classificação do paciente conforme os achados e protocolo institucional.

No total foram identificadas 12 ações realizadas pelo enfermeiro na Sala de Pós-Consulta e na Sala de Emergência, 11 na Sala de Observação e uma na Classificação de Risco.

Quadro 05 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE		Aciona o serviço de manutenção quando identifica necessidades de reparos no setor		Aciona o serviço de manutenção quando identifica necessidades de reparos no setor
			Verifica e registra as temperaturas mínima, máxima e atual do refrigerador, para controle da qualidade dos medicamentos	
		Checa o carrinho de soroterapia e de materiais inalatórios e verifica a necessidade de reposição		
	Checa o funcionamento do computador, sistema e todos os materiais e equipamentos da sala de Classificação de Risco e se necessário solicita manutenção			
	Organiza e realiza a desinfecção dos equipamentos e materiais da sala de Classificação de Risco e se necessário solicita a limpeza para a equipe de higiene			
			Verifica organização, limpeza, necessidade de reposição de impressos médicos e manutenção nos consultórios médicos e na sala de pós consulta	

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Quadro 06 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017.

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE			Disponibiliza materiais para procedimentos médico invasivos como: toracocentese, paracentese, passagem de cateteres venoso, passagem de marcapasso provisório, intubação orotraqueal, drenagem de tórax entre outros procedimentos	
	Confere o número de atendimentos realizados na Classificação de Risco durante o plantão, por meio do sistema de classificação e registra no caderno de passagem de plantão		Checa a funcionalidade e integralidade dos desfibriladores e solicita manutenção quando necessário	
			Confere funcionamento adequado dos equipamentos da Sala de Emergência e solicita manutenção se necessário	
			Realiza gestão de leitos da Sala de Emergência: verifica número de pacientes internados, número de leitos vagos e pacientes estáveis que podem ser transferidos para outros setores do Pronto-Socorro	
			Checa os lacres do carrinho de parada cardiorrespiratória (PCR), da caixa de medicações psicotrópicas, dos materiais consignados, materiais estéreis, material para intubação	
				Verifica a presença de lacres do carrinho de parada cardiorrespiratória (PCR) e da caixa de intubação

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.2.4 Ações relacionadas ao eixo Gestão do Serviço de Saúde

Foram evidenciadas 13 ações realizadas pelo enfermeiro no Pronto-Socorro com relação ao eixo **Gestão do Serviço de Saúde** (Quadros 5 e 6); destas, seis são desenvolvidas na Sala de Emergência e estão relacionadas à checagem do funcionamento adequado dos equipamentos da sala, solicitação de manutenção, conferência e controle dos lacres do carro de parada cardiorrespiratória, caixa de intubação, caixa de medicações psicotrópicas, controle e checagem do funcionamento adequado dos desfibriladores, conferência da temperatura da geladeira e dos materiais estéreis.

Três ações são desenvolvidas na Sala de Pós-Consulta e estão relacionadas a solicitação do serviço de manutenção, checagem dos materiais inalatórios e soroterapia e reposição dos mesmos quando necessário; e verificação da organização, limpeza, e reposição dos impressos médicos nos consultórios;

Na Sala de Observação também foram observadas três ações que compreendem a checagem do funcionamento adequado do desfibrilador da sala e solicitação de manutenção; conferência e controle dos lacres do carro de parada cardiorrespiratória e caixa de intubação; e na solicitação do serviço de manutenção quando identifica a necessidade de reparos;

Finalmente, outras três ações na Classificação de Risco das quais estão relacionadas a organização e checagem dos materiais e equipamentos da sala; funcionamento do computador e sistema da Classificação de Risco; solicitação do serviço de manutenção e da equipe de higiene quando identifica necessidade.

Quadro 07 – Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro: Educação Permanente e Apoio familiar e ao paciente. São Paulo, 2017

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
EDUCAÇÃO PERMANENTE		Identifica o nível de conhecimento e habilidade da equipe de enfermagem e orienta sempre que identifica necessidade. (Mudança no procedimento, procedimento inadequado, normas e fluxos)		
			Acompanha os residentes de enfermagem e suas atividades durante o estágio no Pronto-Socorro	

AÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO				
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação
APOIO AO FAMILIAR E PACIENTE	Orienta os pacientes que buscam informações sobre atendimento inicial na Classificação de Risco		Realiza contato telefônico com a família para comparecimento ao hospital, em casos de óbito	
		Solicita a presença do familiar no hospital para acompanhar o paciente até o centro cirúrgico		Solicita a presença do familiar no hospital para acompanhar o paciente até o centro cirúrgico
	Acolhe o paciente, focando sua queixa principal			
		Entra em contato telefônico com o familiar do paciente para comunicar alta hospitalar, solicitar exames já realizados ou solicitar comparecimento dos mesmo no hospital por solicitação da equipe médica		
		Orienta o paciente, familiar ou acompanhante sobre o processo de internação, rotina do setor e do hospital, realização e preparos de exames, altas ou sempre que for necessário		Orienta o paciente, familiar ou acompanhante sobre o processo de internação, rotina do setor e do hospital, realização e preparos de exames, altas ou sempre que for necessário

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.2.5 Ações relacionadas ao Eixo Educação Permanente

As ações relacionadas à **Educação Permanente** (Quadro 7) foram mencionadas em apenas dois setores do Pronto-Socorro, sendo duas ações executadas na Sala de Emergência e uma na Sala de Pós-Consulta. Na Sala de Emergência foram citadas ações como o acompanhamento dos residentes de enfermagem durante o estágio no Pronto-Socorro e a identificação do nível de conhecimento e das habilidades da equipe de enfermagem com posteriores orientações, quando verificada a necessidade. Esta última ação também foi citada como sendo realizada na Sala de Pós-Consulta.

5.2.6 Ações relacionadas ao eixo Apoio familiar e ao paciente

Observam-se três ações do enfermeiro referentes ao apoio familiar e ao paciente, tanto na Sala Pós-Consulta quanto na Sala de Observação, seguidas de duas ações na Classificação de Risco e duas na Sala de Emergência. Na Classificação de Risco, uma das ações está direcionada ao acolhimento do paciente. Na Sala de Emergência, as ações que envolvem o

familiar estão relacionadas apenas ao contato telefônico para solicitar o comparecimento deles ao hospital. Com relação à orientação ao paciente e ao familiar, verifica-se que essas ações foram relatadas como sendo realizadas pelo enfermeiro na Classificação de Risco, na Sala de Pós-Consulta e na Sala de Observação.

5.2.7 Síntese das ações específicas por eixo

Os quadros (1,2,3,4,5,6 e 7) das ações específicas representam a diversidade de ações realizadas pelo enfermeiro que atua em vários setores do Pronto-Socorro. Observa-se que ele tem de estar preparado para atuar em diversas situações, seja elas assistenciais, gerenciais, educativas etc., como é evidenciado na fala do enfermeiro abaixo.

“minha impressão é que o enfermeiro é muito exigido em todas as dimensões: assistencial, na gerencial, por exemplo, eu não vejo nenhum outro profissional de saúde que seja tão exigido e que tenha tantas atividades e tantas atribuições quanto o enfermeiro, porque você precisa se desdobrar em atividades assistenciais, em atividades gerenciais, atividades educativas e de articulação com todos os profissionais em relação a manutenção da unidade, provimento de materiais ... não vejo nenhum outro profissional que se preocupe com tantas questões como nós” (E6T)

Observa-se (Quadro 8) que o enfermeiro do Pronto-Socorro realiza mais ações relacionadas à Gestão da Assistência de Enfermagem, sendo estas executadas com maior frequência nas salas de Pós-Consulta e Emergência. Em contrapartida, observa-se um baixo número de ações relacionadas aos eixos de Apoio Familiar e ao Paciente e de Educação Permanente, que correspondem às ações de grande impacto na qualidade da assistência prestada, mas que ainda estão pouco presentes nos setores de urgência e emergência.

Verifica-se também que na Sala de Emergência é onde ocorre o maior número de ações relacionadas aos eixos Gestão da Assistência de Enfermagem, Gestão do Serviço de Saúde, Assistência de Enfermagem, Tomada de Decisão e Educação Permanente. Tal fato pode estar relacionado à complexidade do cuidado do paciente e também pela dinamicidade e números de procedimentos realizados naquele setor específico.

A Classificação de Risco é o setor que menos evidencia ações específicas do enfermeiro dentro do Pronto-Socorro, mantendo uma média de duas a três ações em cada eixo temático abordado, exceto no eixo relacionado à Educação Permanente, no qual não consta nenhuma ação. Na Classificação de Risco as ações realizadas pelo enfermeiro são única e exclusivamente direcionadas para a classificação e acolhimento, o que explica o menor

número de ações específicas realizadas por ele nesse setor. Já nos outros setores a abrangência de ações que envolvem o cuidado ao paciente são maiores.

Quadro 08 – Síntese das Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro por Eixo temático/setor. São Paulo, 2017.

Ações Específicas do Enfermeiro no Pronto-Socorro por Eixo temático/Setor				
	Nº de Ações por Setor do Pronto-Socorro			
Eixo Temático	Classificação de Risco	Salas de Pós-Consulta	Salas de Emergência	Salas de Observação
Gestão da Assistência de Enfermagem	2	12	12	11
Gestão do Serviço de Saúde	3	3	6	3
Assistência de Enfermagem	2	6	6	4
Tomada de Decisão	2	4	5	4
Apoio Familiar do Paciente	2	3	2	3
Educação Permanente	0	2	2	0

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.3 AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL DO PRONTO-SOCORRO

Foram elencadas 31 ações comuns desenvolvidas tanto pelo enfermeiro como por outros profissionais de saúde em todo o Pronto-Socorro. Dessas ações, 18 estão relacionadas ao eixo Atividades Assistenciais, uma ao eixo Gestão da Assistência de Enfermagem, três ao eixo Tomada de decisão, seis ao eixo Gestão do Serviço de Saúde e duas ao eixo Apoio Familiar e ao Paciente.

Das 18 ações relacionadas ao eixo Atividades Assistenciais, 14 são realizadas nas salas de Classificação de Risco, Pós-Consulta, Emergência e Observação, e também são comuns ao enfermeiro e aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que já é esperado pela articulação da equipe de enfermagem. Tais ações estão relacionadas à assistência de enfermagem, ao cuidado direto e, mais especificamente, a procedimentos assistenciais realizados pela equipe de enfermagem e por profissionais que atuam dentro da equipe de referência do Pronto-Socorro. Uma ação também relacionada ao mesmo eixo, as compressões torácicas realizadas no momento da ressuscitação cardiopulmonar, foi citada como sendo comum aos técnicos, auxiliares de enfermagem e médico.

Duas ações do eixo Atividades Assistenciais são realizadas tanto por profissionais da equipe de referência (enfermeiro, médico, técnico ou auxiliar de enfermagem), quanto por profissionais da equipe de apoio matricial (neste caso, o fisioterapeuta). Essas atividades contemplam: aspiração de vias aéreas, que acontece com maior frequência nas salas de Emergência e de Observação, e citada como sendo comum ao técnico, ao auxiliar de enfermagem, ao médico e ao fisioterapeuta; e cuidados ventilatórios de vias aéreas, mais especificamente, instalação de ventilação não invasiva – *Bilevel Positive Pressure Airway* (BIPAP)/*Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) –, preparo do ventilador mecânico e ajustes dos parâmetros ventilatórios, que foram citados como comuns ao enfermeiro, médico e fisioterapeuta, sendo essas ações realizadas nas salas de Emergência e de Observação, locais em que os pacientes se apresentam em estado de saúde grave e com alta complexidade de cuidado.

Os Quadros 09, 10, 11 e 12 apresentam as ações comuns entre o enfermeiro e o outro profissional que atua no Pronto-Socorro, de acordo com a equipe a que ele pertence conforme o referencial de Campos & Domitti (2007): Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial e Equipe de Apoio Fixa; e estão divididas conforme o setor em que essa ação é realizada e o eixo em que ela se enquadra: Atividades Assistenciais, Tomada de Decisão, Gestão da

Assistência de Enfermagem, Gestão do Serviço de Saúde, Educação Permanente e Apoio Familiar e ao Paciente.

Quadro 09 – Ações comuns ao Enfermeiro e a outro profissional: Atividades Assistenciais. São Paulo, 2017

AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL						
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	Verifica sinais vitais				Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem	Equipe de Referência
		Prepara e administra medicações conforme prescrição médica				
		Realiza punção venosa				
			Realiza higiene íntima e oral			
			Realiza e auxilia o banho no leito			
		Realiza curativo				
			Oferece papagaio e comadre			
	Encaminha ou transfere paciente para outros setores					
			Encaminha paciente para o banho de aspersão			
			Realiza mudança de decúbito			
			Realiza massagem de conforto			
		Coleta exames de sangue: hemocultura e tipagem sanguínea				
				Realiza cuidados com a pele do paciente		
			Oferece e auxilia a refeição ao paciente, quando necessário			
			Realiza compressões torácica na parada cardiorrespiratória		Enfermeiro, técnico e auxiliar de Enfermagem e médico	

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Quadro 10 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Atividades Assistenciais. São Paulo, 2017

AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL						
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós Consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
ATIVIDADES ASSISTENCIAIS			Realiza aspiração de vias aéreas		Enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem, médico e fisioterapeuta	Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
			Instala ventilação não invasiva – BIPAP/ CPAP		Enfermeiro, Médico e Fisioterapeuta	
			Prepara o ventilador mecânico e ajusta os parâmetros ventilatórios			

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Quadro 11 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Gestão da Assistência de Enfermagem, Tomada de Decisão e Gestão do Serviço de Saúde. São Paulo, 2017

AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL						
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
GESTÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		Realiza anotação de enfermagem			Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem	Equipe de Referência
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
TOMADA DE DECISÃO		Checa pedido de exames solicitados e verifica se o pedido chegou no setor responsável			Enfermeiro e Médico	Equipe de Referência
		Realiza avaliação nutricional dos pacientes não internados, porém com direito a refeição na instituição			Enfermeiro e Nutricionista	Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
			Controla infusão de dieta enteral, conforme protocolo institucional			

AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL						
EIXO	Classificação de Risco	Sala de Pós consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
GESTÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE		Realiza a transferência do paciente por meio de sistema informatizado			Enfermeiro, Auxiliar administrativo/ Escriturário	Equipe de Referência e Equipe de Apoio fixa
		Registra e atualiza o censo dos pacientes (número de pacientes internados e respectivos leitos)				
		Recebe as medicações dos pacientes provenientes da farmácia				
		Solicita material para o almoxarifado				
		Solicita a manutenção e conserto de equipamentos				
		Comunica o setor de internação os pacientes novos internados no Pronto-Socorro, que não estão internados no sistema				

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

Quadro 12 – Ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional: Apoio Familiar e ao Paciente. São Paulo, 2017

AÇÕES COMUNS AO ENFERMEIRO E A OUTRO PROFISSIONAL						
EIXO	Classificação de risco	Sala de Pós consulta	Sala de Emergência	Sala de Observação	Profissional envolvido na ação	Equipe envolvida na ação
APOIO AO FAMILIAR E PACIENTE		Orienta o paciente e familiar quanto normas e rotina do hospital e do setor			Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, médico e assistente social	Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
		Orienta o paciente quanto a restrição de ingesta líquida, quando necessário			Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, médico e nutricionista	
		Entra em contato com a família do paciente sempre que necessário			Enfermeiro, assistente social e escriturário	Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial e Equipe de Apoio fixa

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.3.1 Ações comuns: eixo Atividades Assistenciais

Das 18 ações relacionadas ao eixo Atividades Assistenciais, 14 são realizadas nas salas de Classificação de Risco, Pós-Consulta, Emergência e Observação, e também são comuns ao enfermeiro e aos técnicos e auxiliares de enfermagem, o que já é esperado pela articulação da equipe de enfermagem. Tais ações estão relacionadas à assistência de enfermagem, ao cuidado direto e, mais especificamente, a procedimentos assistenciais realizados pela equipe de enfermagem e por profissionais que atuam dentro da equipe de referência do Pronto-Socorro.

5.3.2 Ações comuns: eixo Gestão da Assistência de Enfermagem

Com relação ao eixo Gestão da Assistência de Enfermagem foi relatada apenas uma ação: anotação de enfermagem, que é realizada nas salas de Pós-Consulta, Emergência e Observação por profissionais da própria equipe de referência, e mais especificamente por profissionais que compõem a equipe de enfermagem: enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem.

5.3.3 Ações comuns: eixo Tomada de Decisão

No eixo Tomada de Decisão observam-se três ações comuns ao enfermeiro e a outro profissional. Uma delas está relacionada a checagem de exames laboratoriais, sendo comum ao enfermeiro e ao médico nas salas de Pós-Consulta, Emergência e Observação. Duas ações são comuns apenas ao enfermeiro e ao nutricionista: a avaliação nutricional e o controle de infusão de dieta enteral, conforme protocolo institucional; e estas acontecem com maior frequência nas salas de Pós-Consulta, Emergência e Observação.

5.3.4 Ações comuns: eixo Gestão do Serviço de Saúde

No eixo Gestão do Serviço de Saúde foram identificadas seis ações comuns entre o enfermeiro e o escriturário. Todas elas realizadas nas salas de Pós-Consulta, Emergência e Observação e compreendem: solicitar manutenção e consertos de equipamentos e mobiliários; solicitar material de consumo; realizar transferência de paciente via sistema informatizado, entre outras.

5.3.5 Ações comuns: eixo Apoio Familiar e ao Paciente

No eixo Apoio Familiar e ao Paciente foram relatadas três ações. Uma delas é comum ao enfermeiro, ao assistente social e ao escrivão e está relacionada ao contato com o familiar do paciente internado. Esta ação está presente em todos os setores do Pronto-Socorro, exceto na Classificação de Risco, e é comum a profissionais de três equipes diferentes: equipe de referência, equipe de apoio matricial e equipe de apoio fixa. As ações relacionadas à orientações ao paciente e familiar são comuns entre profissionais da equipe de referência e equipe de apoio matricial. Orientações quanto às normas e rotinas do setor são comuns aos técnicos, auxiliares de enfermagem, médico e assistente social. Com relação à orientação do paciente quanto à restrição de ingestão líquida, quando necessário, esta foi colocada como ação comum aos técnicos, auxiliares de enfermagem, médico e nutricionista.

Ao analisar todas as ações comuns realizadas entre o enfermeiro e outro profissional, constata-se que o nutricionista, o assistente social e o fisioterapeuta são menos citados nas ações comuns ao enfermeiro. Isto se deve ao fato de que esses profissionais pertencem à equipe de apoio matricial e, portanto, apoiam a assistência e o cuidado ao paciente de forma pontual. Nesse arranjo matricial, os profissionais das áreas especializadas que não participam integralmente do cotidiano das Equipes de Referências oferecem retaguarda especializada e suporte técnico quando necessário ao paciente.

Observa-se também que as ações comuns estão mais presentes nos setores que desenvolvem atividades assistenciais, como nas salas de Emergência e de Observação. Na Classificação de Risco não foram identificadas ações comuns.

Outra consideração importante é que as ações específicas também podem ser identificadas como ações comuns pois, embora sejam as ações esperadas para determinada área profissional, não são consideradas neste estudo como ações privativas de cada profissional. Assim, o que é específico a um profissional, no contexto de um trabalho em equipe e de prática colaborativa, também pode ser caracterizado como ação comum.

5.4 AÇÕES COLABORATIVAS REALIZADAS NO PRONTO-SOCORRO

As ações colaborativas do enfermeiro junto a outro profissional foram mapeadas no Quadro 13, conforme o setor em que essas ações ocorrem, a categoria do profissional envolvido, o eixo que está relacionado à prática colaborativa e a equipe envolvida na ação. Os eixos para colaboração foram definidos e adaptados com base nas competências necessárias

para a realização da prática interprofissional colaborativa segundo o CIHC (2010). Para tanto, consideramos os seguintes eixos: Comunicação Interprofissional, Dinâmica de Funcionamento em Equipe e Cuidado Centrado no Paciente e na Família.

5.4.1 Comunicação interprofissional nas ações colaborativas

Para o eixo Comunicação Interprofissional, consideraram-se as ações que envolvessem a comunicação do enfermeiro com outros profissionais. Ao tomarmos a Comunicação Interprofissional como eixo, entendemos que essa comunicação ocorre em vários níveis e das mais variadas formas possíveis. No ambiente de urgência e emergência, a comunicação entre os profissionais, na maioria das vezes, ocorre de forma rápida, objetiva e pontual, pois trata-se de um serviço bastante dinâmico, que exige ações rápidas e resolutivas. Entretanto, a comunicação deve ser clara e concisa, garantindo a compreensão mútua entre os profissionais no que diz respeito aos cuidados e decisões tomadas.

Em situações específicas de enfermagem, a comunicação serve para identificar relações e/ou problemas e para partilhar informações que ajudem os indivíduos na tomada de decisões e os levem a atingir os objetivos no ambiente (Holanda *et al.*, 2014).

Portanto, para este estudo entendemos que a interação e a comunicação entre os profissionais são essenciais para o desenvolvimento do trabalho em equipe e podem ser analisadas segundo o conceito de competência social descrita por Zarifian (1999), que está relacionado aos comportamentos das pessoas; como: autonomia, responsabilização e comunicação. Nesta perspectiva, a comunicação implica em compreender o outro e a si mesmo; construir um entendimento recíproco, onde significa entrar em acordo sobre os objetivos organizacionais e partilhar normas comuns garantindo o sucesso das ações realizadas em conjunto. Em contrapartida, entendemos também, que no ambiente de urgência e emergência a comunicação instrumental está presente nas relações de trabalho, o que busca assegurar a comunicação fundamentada em regras técnicas, ou seja a comunicação como a simples transmissão de informações técnicas (Habermas, 2003), sendo estas, de grande importância e de grande impacto para a continuidade do cuidado.

Assim entende-se que as duas formas de comunicação são importantes para as relações de trabalho, continuidade e qualidade do cuidado prestado ao paciente no serviço de urgência e emergência.

5.4.2 Dinâmica de funcionamento da equipe nas ações colaborativas

Para dinâmica de funcionamento da equipe considerou-se ações realizadas pelos profissionais que envolvessem uma ou mais característica para o potencial trabalho em equipe como: o entendimento sobre o processo de trabalho em equipe; respeito aos valores éticos dos membros; interações e discussões efetivas; e tomada de decisão compartilhada. Entende-se que em determinadas situações de urgência e emergência, as equipes apresentam um potencial para que os membros desempenhem o trabalho de forma mais colaborativa, neste momento pode-se sobressair algumas das características necessárias para a dinâmica de funcionamento de equipe.

5.4.3 Cuidado centrado no paciente e família

A definição proposta para o cuidado centrado no paciente e na família para este trabalho, além da definição apresentada pela CIHC (2010), também foi baseada no estudo de Agreli *et al.* (2016), o qual destaca a atenção centrada no paciente (ACP) como a necessidade de se estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo de acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde. Assim entendemos que as orientações ao paciente e ao familiar, ações relacionadas as questões sociais do paciente e a Classificação de Risco com acolhimento também podem estar relacionadas ao cuidado centrado no paciente e família

5.4.4 Ações colaborativas realizadas na Classificação de Risco

Na Classificação de Risco foram identificadas nove ações colaborativas, das quais seis envolvem o profissional médico, ou seja, ações realizadas entre profissionais da equipe de referência. Essas ações estão relacionadas aos eixos de comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e cuidado centrado no paciente e na família. Uma ação é realizada entre o enfermeiro e recepcionista do Pronto-Socorro; uma envolve o enfermeiro e o assistente social; e uma envolve o enfermeiro e o técnico de eletrocardiograma.

Observa-se que a Comunicação Interprofissional está presente em todas as ações realizadas pelo enfermeiro da Classificação de Risco, constituindo-se como ferramenta importante para o processo de trabalho.

Quadro 13 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Classificação de Risco. São Paulo, 2017

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	O recepcionista comunica o enfermeiro quando tem paciente aguardando o atendimento para Classificação de Risco e quando identifica a necessidade de um atendimento rápido devido as condições clínicas apresentadas pelo paciente na recepção	Enfermeiro e recepcionista	Comunicação interprofissional e Cuidado centrado no paciente e na família	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio fixa
	Solicita ao assistente social para orientar a família e o paciente com relação as suas dúvidas e necessidade em questões sociais	Enfermeiro e assistente social	Comunicação interprofissional e Cuidado centrado no paciente e família	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
	Solicita a realização do eletrocardiograma (ECG) para as técnicas de eletrocardiograma de acordo com sinais, sintomas e queixas apresentadas pelo paciente	Enfermeiro e técnica de eletrocardiograma	Comunicação interprofissional e Dinâmica de funcionamento da equipe	Ação colaborativa dentro da Equipe de Referência
	Comunica o médico sobre as condições clínicas, grau de gravidade do paciente e a necessidade de atendimento imediato	Enfermeiro e médico	Comunicação interprofissional, Tomada de decisão compartilhada Dinâmica de funcionamento da equipe e Cuidado centrado no paciente e na família	
	Identifica paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), encaminha para Sala de Emergência e comunica imediatamente o médico			
	Comunica o médico e encaminha o paciente para Sala de Emergência em caso de infarto agudo do miocárdio (IAM), conforme protocolo institucional			
	Notifica o médico quando classifica o paciente na cor vermelho e comunica a condição clínica do mesmo para que o médico possa avaliar e determinar a conduta rapidamente. Se necessário, encaminha rapidamente para realizar o eletrocardiograma ou para a Sala de Emergência			
	Encaminha o paciente para Sala de Emergência e comunica o médico imediatamente e inicia o atendimento de emergência ao paciente em parada cardiorrespiratória (PCR)			
	Comunica toda a equipe multiprofissional: técnica de eletrocardiograma, equipe de enfermagem e equipe médica em casos de intercorrências com o paciente	Enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, técnica de eletrocardiograma e médico		

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.4.5 Ações colaborativas realizadas na Sala de Pós-Consulta

Na Sala de Pós-Consulta foram identificadas 17 ações colaborativas, sendo cinco ações realizadas junto ao médico – colaboração dentro da equipe de referência –, e relacionadas aos eixos Tomada de Decisão Compartilhada, Comunicação Interprofissional, Dinâmica de Funcionamento de Equipe e Orientação. Três dessas ações estão relacionadas ao assistente social, portanto envolvem equipe de referência e equipe matricial. Essas ações estão relacionadas ao eixo de Comunicação Interprofissional e no cuidado centrado no paciente e na família. Três ações envolvem o nutricionista e também ocorrem entre equipe de referência e equipe matricial, e estão ligadas à competência de Comunicação Interprofissional.

Observa-se que as relações e o processo de trabalho na Sala de Pós-Consulta extrapola a dimensão setorial; o trabalho inter e intra-equipe, em alguns casos, não é suficiente para atender a demanda de complexidade trazida pelo paciente. Nota-se que, nesse setor, muitas intervenções extrapolam as ações focadas dentro da própria equipe de referência, onde o apoio da equipe matricial e o apoio da equipe não fixa do Pronto-Socorro são essenciais para a manutenção do cuidado do paciente. Verifica-se, ainda, que há ações colaborativas relacionadas ao eixo Cuidado Centrado na Família e no Paciente.

A ampla complexidade de casos que envolvem o paciente e o acompanhante/ familiar que estão na Sala de Pós-Consulta é evidenciada pela participação das equipes de apoio matricial e de apoio não fixa do Pronto-Socorro, além da equipe de referência, que participa diretamente do cuidado prestado a esses pacientes.

Quadro 14 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Pós-Consulta. São Paulo, 2017

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
SALA DE PÓS CONSULTA	O enfermeiro e o médico reavaliam juntos o paciente que apresenta instabilidade hemodinâmica	Enfermeiro e médico	Tomada de decisão compartilhada e Dinâmica de funcionamento da equipe	Ação colaborativa dentro da Equipe de Referência
	Comunica o médico sobre as condições clínicas, grau de gravidade do paciente e a necessidade de atendimento imediato e se necessário encaminha para Sala de Emergência		Comunicação interprofissional, Tomada de decisão compartilhada e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Avalia o paciente que apresenta intercorrências clínicas e solicita avaliação médica, se necessário			

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
	O médico comunica o enfermeiro em caso de internação hospitalar		Comunicação interprofissional e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Orienta a equipe médica (médicos residentes) quanto à normas, rotinas, fluxo para solicitação de exames, impressos a serem preenchidos entre outras dúvidas apresentadas		Orientação	
	Realizam atendimento ao paciente em parada cardiorrespiratória (PCR)	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e médico	Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Realizam o atendimento ao paciente com infarto agudo do miocárdio			
	O assistente social viabiliza o transporte para o paciente ir embora e viabiliza lugar na casa do cardíaco para o familiar do paciente internado	Enfermeiro e assistente social	Cuidado centrado no paciente e família	Ação colaborativa entre Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial e Equipe de Apoio não fixa
	Solicita o assistente social para conversar com a família ou paciente, sempre que necessário		Comunicação interprofissional e Cuidado centrado no paciente e família	
	Solicita ajuda a assistente social quando tem criança que aguarda na sala de pós consulta junto a mãe e necessita de leite ou outro tipo de suporte social			
	Solicita avaliação das condições nutricionais dos pacientes internados e dos que estão aguardando conduta médica há mais de 6 horas ao nutricionista	Enfermeiro e nutricionista	Comunicação interprofissional	
	Identifica e comunica a equipe de nutrição os pacientes que podem e tem direito a uma refeição na instituição enquanto aguardam reavaliação ou conduta médica específica			
	Aciona a equipe de nutrição quando o paciente não recebe a dieta prescrita ou quando há mudança na dieta prescrita pela equipe médica			
	Verifica com a equipe de laboratório os exames que estão pendentes para serem coletados e os que já foram coletados	Enfermeiro e técnico de coleta exames laboratoriais		
	o técnico ou auxiliar de enfermagem comunica o enfermeiro a necessidade de reavaliação clínica do paciente que apresenta sinais de compensação clinica	Enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem		Ação colaborativa dentro da Equipe de Referência
	Solicita a realização do eletrocardiograma (ECG) para as técnicas de eletrocardiograma de acordo com sinais, sintomas e queixas apresentadas pelo paciente	Enfermeiro e técnica de eletrocardiograma	Comunicação interprofissional e Dinâmica de funcionamento da equipe	

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
	Informam juntos as condições clínicas do paciente, ou seja, o boletim do paciente aos familiares que estão aguardando por informação na recepção	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, assistente social e médico	Comunicação interprofissional, Dinâmica de funcionamento da equipe e Cuidado centrado no paciente e familiar	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.4.6 Ações colaborativas realizadas na Sala de Emergência

Na Sala de Emergência foram identificadas sete ações colaborativas, todas realizadas entre profissionais da equipe de referência e relacionadas às competências de comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e dinâmica de funcionamento de equipe. Um ponto importante a ser observado é que, na Sala de Emergência, não foram identificadas ações envolvendo o eixo do Cuidado Centrado no Paciente e na Família, podendo-se inferir que as ações realizadas naquele setor estão centralizadas na própria equipe de referência. Trata-se de ações que envolvem a dinâmica do trabalho em equipe e a tomada de decisão compartilhada, sendo esta focada nos próprios profissionais da equipe de referência, e não no paciente e na família.

Quadro 15 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Emergência. São Paulo, 2017

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
SALA DE EMERGÊNCIA	O enfermeiro conversa e alerta o médico quando precisa checar exames laboratoriais ou de imagem, prescrever a oxigenoterapia e o tipo de dieta na prescrição médica.	Enfermeiro e médico	Comunicação interprofissional	Ação colaborativa dentro da Equipe de Referência
	Identifica paciente em parada cardiorrespiratória (PCR), comunica imediatamente o médico e inicia manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP)		Comunicação interprofissional, Tomada de decisão compartilhada e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Decide junto ao médico na gestão do leito, dando prioridade para deitar o paciente mais grave que necessita de atendimento rápido		Tomada de decisão compartilhada	

AÇÕES COLABORATIVAS				
Sector	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
	Atendem ao paciente com arritmia cardíaca	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, médico e técnica de eletrocardiograma	Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Atendem ao paciente com infarto agudo do miocárdio	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, médico e técnica de eletrocardiograma		
	Solicita a realização do eletrocardiograma (ECG) para as técnicas de eletrocardiograma de acordo com sinais, sintomas e queixas apresentadas pelo paciente	Enfermeiro e técnica de eletrocardiograma	Comunicação interprofissional e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Prestam cuidados aos pacientes críticos e juntos tomam as condutas necessárias aos pacientes em casos de emergência	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, médico	Tomada de decisão compartilhada e Dinâmica de funcionamento da equipe	

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.4.7 Ações colaborativas realizadas na Sala de Observação

Na Sala de Observação foram identificadas oito ações colaborativas, sendo quatro delas realizadas por profissionais da própria equipe de referência, que abrange competências como: comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e trabalho em equipe. As outras quatro ações envolvem profissionais da equipe de referência e da equipe matricial, e abrangem competências como: comunicação interprofissional, tomada de decisão compartilhada e cuidado centrado no paciente e família.

Quadro 16 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sala de Observação. São Paulo, 2017

AÇÕES COLABORATIVAS				
Sector	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
SALA DE OBSERVAÇÃO	Avalia o paciente que apresenta intercorrências clínicas e solicita avaliação médica quando necessário.	Enfermeiro, técnico e ou auxiliar de enfermagem e médico	Comunicação interprofissional, Tomada de decisão compartilhada e Dinâmica de funcionamento da equipe	Ação colaborativa dentro da Equipe de Referência

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
	Atua junto a equipe médica em situações de emergência como: parada cardiorespiratória (PCR), passagem de marcapasso provisório e intubação orotraqueal		Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Atendem ao paciente com infarto agudo do miocárdio	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, médico e técnica de eletrocardiograma		
	Solicita a realização do eletrocardiograma (ECG) para as técnicas de eletrocardiograma de acordo com sinais, sintomas e queixas apresentadas pelo paciente	Enfermeiro e técnica de eletrocardiograma	Comunicação interprofisisonal e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Solicita o assistente social para conversar com a família ou paciente, sempre que necessário	Enfermeiro e assistente social	Comunicação interprofissional e Cuidado centrado no paciente e família	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
	Informa os casos de óbito à Organização de Procura de Órgãos (OPO)	Enfermeiro Pronto-Socorro e Enfermeiro OPO	Comunicação interprofissional	
	Aciona a equipe de nutrição quando o paciente não recebe a dieta prescrita ou quando há mudança na dieta prescrita pela equipe médica	Enfermeiro e nutricionista		
	Solicita avaliação específica de outros profissionais: fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista, com base em discussão dos casos com a equipe médica	Enfermeiro, fonoaudióloga, fisioterapeuta, nutricionista e médico	Comunicação interprofissional e Tomada de decisão compartilhada	

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.4.8 Ações colaborativas em setores não especificados

Em relação às outras ações relatadas pelos enfermeiros do Pronto-Socorro como sendo realizadas em colaboração, não foram especificados os setores em que essas ações de fato ocorrem, mas elas podem ocorrer tanto na Classificação de Risco como nas salas de Pós-Consulta, Emergência ou Observação.

Dessas ações, oito são realizadas em colaboração entre equipe de referência e equipe de apoio matricial, e envolvem competências relacionadas à comunicação interprofissional, ao cuidado centrado no paciente e na família e à dinâmica de funcionamento da equipe.

Quadro 17 – Ações colaborativas realizadas entre enfermeiros e profissionais das equipes que atuam no Pronto-Socorro: Sem setor específico. São Paulo, 2017

AÇÕES COLABORATIVAS				
Setor	Ação	Profissional envolvido na ação	Eixo para prática colaborativa	Equipe envolvida na ação colaborativa
SEM SETOR ESPECÍFICO	Solicita acompanhamento da família/ acompanhante quando necessário	Enfermeiro e assistente social	Comunicação interprofissional e Cuidado centrado no paciente e na família	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
	Acolhem e Orientam os familiares em caso de óbito			
	Comunica alta do paciente para o familiar			
	Comunica a transferência do paciente aos familiares			
	Localiza a família do paciente e entra em contato quando necessário			
	Comunica o óbito a família e auxilia no preparo do corpo	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, médico e assistente social	Cuidado centrado no paciente e na família e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Compartilha informações com a equipe sobre condições nutricionais do paciente	Enfermeiro, médico e nutricionista	Comunicação interprofissional	
	Processo de Internação hospitalar	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, médico e funcionária da internação	Comunicação interprofissional e Dinâmica de funcionamento da equipe	
	Transferência de paciente para instituição hospitalar privada	Enfermeiro, médico e assistente social		Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial
	Transferência ou transporte de paciente em uso de ventilação mecânica hospitalizado para outro setor da instituição ou para procedimentos e avaliação externas	Enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, médico, fisioterapeuta (quando presente), assistente social e motorista da ambulância,	Dinâmica de funcionamento da equipe	Ação colaborativa entre Equipe de Referência, Equipe de Apoio Matricial e Equipe de Apoio não fixa
Participa do processo de reabilitação do paciente	Enfermeiro, técnico/ou auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, médico, nutricionista e fonoaudiólogo	Ação colaborativa entre Equipe de Referência e Equipe de Apoio Matricial		

Autoras: Karoline Zem Fonseca; Valéria Marli Leonello.

5.4.9 Síntese das ações colaborativas

No total foram identificadas 52 ações colaborativas em todos os setores do Pronto-Socorro: 40 ações envolvem a comunicação interprofissional, logo a comunicação é a

principal competência que envolve a ação colaborativa, seja ela entre profissionais da própria equipe de referência, ou entre profissionais da equipe de referência e equipe matricial; 29 ações estão relacionadas à dinâmica de funcionamento da equipe; 14 envolvem a competência de decisão compartilhada; cinco envolvem a competência cuidado centrado no paciente e na família e apenas uma ação refere-se a orientação do enfermeiro direcionada ao grupo de residentes médicos, ou seja, ação colaborativa entre profissionais da equipe de referência.

A maioria das ações colaborativas que estão relacionadas às competências dinâmica de funcionamento de equipe e tomada de decisão compartilhada acontece em situações que envolvem apenas profissionais da equipe de referência.

As cinco ações colaborativas referentes à competência cuidado centrado no paciente e na família envolvem o profissional enfermeiro e assistente social, ou seja, acontece entre equipe de referência e equipe matricial.

Observa-se que as ações colaborativas realizadas na Classificação de Risco e na Sala de Emergência acontecem, com maior frequência, entre profissionais da própria equipe de referência.

Não foram relatadas pelos enfermeiros ações que tratassem da competência resolução de conflitos interprofissional, entre profissionais da equipe; porém é possível notar das falas que há conflitos e situações que dificultam a colaboração e o trabalho em equipe dentro do serviço de urgência e emergência. Uma dessas dificuldades deve-se à falta de entendimento e conhecimento das competências/atividades inerentes a outro profissional; à falha na comunicação, falta de protocolos e fluxos de atendimento.

“Eu trabalho com auxiliares, técnicos e médicos também, então a relação com todos eles, eu posso dizer que muitas vezes não é fácil, porque as percepções que eu tenho, muitas vezes de prioridade, não são as mesmas que eles têm” (E3M)

A fala acima mostra que a dificuldade na comunicação, a falta de entendimento mútuo entre os profissionais e as diferentes percepções das prioridades, interferem fortemente no processo de trabalho.

“... quando o paciente está há muito tempo com condições de ser internado, mas que a equipe médica não avisa a enfermagem, não nos avisa, e aí cria um outro tipo de conflito, que a gente é o último a saber, e a enfermagem não pode ser a última a saber, tem que ser a primeira a saber, para preparar o paciente”. (E3M)

“...a relação com a equipe médica normalmente ela costuma ser boa, existem sim fatores conflitantes, muitas vezes, eu particularmente entendo, interpreto como falha de comunicação, porque eu acho que há muitas falhas de comunicação entre os

profissionais, então as vezes acaba acontecendo, o médico quer que faça alguma coisa, mas não avisa a enfermagem, simplesmente deixa prescrito e a enfermagem não vê, quando chega no dia seguinte simplesmente observa que aquele determinada conduta não foi realizada, não porque a enfermagem não quis fazer, mas porque a enfermagem não foi notificada ou avisada para fazer, então há esses tipos de conflitos, de falha de comunicação ou falha de interpretação do que o médico quer...” (E3M)

“Então as vezes eles (equipe da nutrição) passam, não comunicam, não se comunicam com a gente. Eu acho que é falta de comunicação! Lógico, que se eu fosse resumir com todas as outras equipes, o problema maior, tem sido a falta de comunicação, dificuldade de comunicação, dificuldade de localização dos profissionais”. (E7M)

As falas acima revelam o quanto a comunicação é importante para as relações profissionais e para o cuidado, mostra também que falhas no cuidado como condutas médicas prescritas e não realizadas pela enfermagem, poderiam ser sanadas se o médico comunicasse a conduta prescrita para a equipe de enfermagem.

“...aí eu tenho que chamar o serviço de manutenção, você tem que parar a sua assistência, ligar no telefone. Então você liga no telefone, ele fala que não é da responsabilidade dele, que tem que ligar no outro! Aí você fala: “ Não sei como funciona a parte de manutenção, eu não sei para quem tem que comunicar! Eu não sei qual a responsabilidade de cada um! ”. (E7M.)

“Talvez faltaria a gente conhecer a função do outro profissional. A gente é muito achismo, a gente sabe o que a gente faz, mas a gente não sabe como é a função do outro! Por exemplo, eu estou falando do médico, mas eu não sei se é só isso que ele quer, eu não tive a formação de médica, de nutricionista! Então eu não sei qual é a atividade dele” (E7M)

Os trechos apontam a importância da clarificação dos papéis para que as atividades possam ser solicitadas e delegadas ao profissional específico e responsável por aquela determinada função.

“Como a gente lida, principalmente com a equipe médica que passa no setor, que permanece fixa, cada um tem uma conduta diferente, prévia de uma outra instituição, então eles seguem aquela rotina que eles estão mais acostumados. Se tivesse um protocolo bem estabelecido, definido, eu acho que a gente estaria mais segura para a realização das nossas atividades...” (E7M)

O fragmento destaca a importância da implantação de fluxos e protocolos para o desempenho das atividades com segurança, visto que a falta de clareza dos processos e dos fluxos, diferentes condutas profissionais para o mesmo cuidado, podem dificultar o cuidado prestado pelos demais profissionais

“Às vezes o paciente da entrada no Pronto-Socorro e precisa entrar para a Sala de Emergência e a enfermagem se organiza de tal maneira na Sala de Emergência. Só que o médico, ele às vezes não entende esse processo e ele quer fazer da forma dele...” (E3M)

Diante das falas dos enfermeiros observa-se a necessidade da clarificação dos papéis dos demais profissionais que compõe a equipe do Pronto-Socorro; a importância da comunicação interprofissional para o cuidado em saúde, para o fortalecimento do trabalho em equipe e para segurança do paciente; e a necessidade de implantação de protocolos e fluxos para entendimento compartilhado e comum das ações a serem desenvolvidas.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Para discutir cada um dos conjuntos de ações resultantes (específicas, comuns e colaborativas) optou-se por destacar os principais elementos advindos do quadro de ações apresentado. Desta forma, para o conjunto de ações específicas destacou-se a **gestão como atividade central do Enfermeiro para articulação do cuidado em saúde em serviço de urgência e emergência**. Para o conjunto das ações comuns, **destacou-se a importância da clarificação dos papéis e dos saber comum**. Já para as ações colaborativas, o destaque foi para dois aspectos: o primeiro dele relacionado ao **desafio da prática centrada na família e no paciente no serviço de urgência e emergência**; e o segundo referente à **comunicação como ferramenta eficaz e segura para a prática interprofissional colaborativa e o trabalho em equipe**.

6.1 A GESTÃO COMO ATIVIDADE CENTRAL DO ENFERMEIRO PARA ARTICULAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE EM EQUIPES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ao analisar as ações específicas do enfermeiro, pode-se constatar o desenvolvimento de ações relacionadas aos eixos assistência de enfermagem, tomada de decisão, gerenciamento da assistência de enfermagem, gerenciamento do serviço, educação permanente e apoio ao familiar e paciente nos diversos setores do Pronto-Socorro (PS).

Tais ações podem ser vistas como parte da formação do enfermeiro, que deve ser norteada pelas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem – DCNs (Brasil, 2001).

O desenvolvimento dessas ações prepara o enfermeiro para atuar em diferentes situações características de uma instituição hospitalar, inclusive no setor de urgência e emergência, o que faz com que os enfermeiros sejam reconhecidos como elementos fundamentais no processo de trabalho desse setor; não apenas ao realizarem o atendimento emergencial, mas também ao atuarem efetivamente no gerenciamento do serviço e do cuidado prestado ao paciente.

Neste estudo, ao analisarmos as ações específicas desenvolvidas pelo enfermeiro em todos os setores do Pronto-Socorro e seus respectivos eixos temáticos, constatou-se que os enfermeiros do Pronto-Socorro realizam mais ações voltadas para a gestão da assistência de

enfermagem, o que exige dele a responsabilidade de planejar, organizar e supervisionar todos os processos que envolvem a assistência e o cuidado de enfermagem, e os recursos humanos neles envolvidos.

Este resultado corrobora como estudo realizado por Backes *et al.* (2009), segundo o qual a função gerencial do enfermeiro foi a mais percebida pelos sujeitos da pesquisa, principalmente pelas relações e interconexões que o enfermeiro estabelece na equipe em um sistema de cuidados. O papel do enfermeiro foi considerado complexo pelos sujeitos da pesquisa, pelo fato de relacionar-se à assistência, à gerência e às questões burocráticas ao mesmo tempo, o papel articulador e organizador do enfermeiro sobressaiu as outras atividades desenvolvidas por eles.

O estudo de Collin *et al.* (2012) identificou o papel do enfermeiro no setor de urgência e emergência, caracterizado por tarefas como coordenação, prática clínica, assessoria, resolução de problemas e motivador perante seus colegas.

Felli & Peduzzi (2010) evidenciaram que o perfil dos enfermeiros está centrado na habilidade para trabalhar com mudanças, imprevisibilidade e capacidade de tomar decisões e implementar as requeridas transformações da realidade com o uso da gerência como estratégia em prol do paciente e da organização.

O enfermeiro articula, supervisiona e controla as ações que são desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tanto referentes ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos voltados para diagnóstico e tratamento do paciente.

Neste sentido, o papel dos enfermeiros pode ser decisivo na colaboração e aprendizagem interprofissional, especialmente se forem reconhecidos como tendo tarefas e responsabilidades que desempenham de forma independente durante o atendimento ao paciente, como no exemplo da Classificação de Risco (Collin *et al.*, 2012).

Os resultados encontrados por meio do mapeamento das ações específicas, comuns e colaborativas, evidenciou que o enfermeiro desempenha um papel importante dentro da equipe interprofissional, pois ele é o profissional que tem o primeiro contato com o paciente por meio da Classificação de Risco; participa 24 horas da assistência prestada ao paciente junto à equipe interprofissional; identifica e comunica o médico quando o paciente apresenta alterações e/ou instabilidades clínicas; interage amplamente com todos os profissionais da saúde do hospital, sejam eles da equipe de referência, equipe de apoio matricial, equipe de apoio fixa ou não fixa, construindo e articulando o cuidado; gerencia o cuidado, o serviço e

profissionais de enfermagem, o que o coloca em uma posição central de todas as atividades e processos que circundam o cuidado ao paciente.

O enfermeiro é considerado profissional-chave em todas as equipes de saúde e, junto com técnicos e auxiliares de enfermagem, constituem o maior número de profissionais nos serviços de saúde. Assim, ele sempre está presente na equipe interprofissional colaborativa, com conhecimento e habilidades para trabalhar com outros profissionais, principalmente quando o cuidado precisa ser compartilhado com outras profissões (Orchard, 2010).

No estudo de Rowlands & Callen (2013), as enfermeiras da equipe ocuparam um papel central nos processos de comunicação dentro do serviço de saúde, com altos níveis de interação com enfermeiros, médicos e profissionais de saúde aliados. Neste mesmo estudo, as enfermeiras afirmaram que a comunicação acontecia conforme a necessidade do paciente; com os médicos, a comunicação estava relacionada à necessidade de intervir frente a um problema complexo; com o nutricionista, psicólogo e assistente social, por exemplo, a comunicação estava ligada ao encaminhamento e avaliação do paciente com esses profissionais, dependendo da necessidade apresentada.

Campos & Domitti (2007) descrevem que a responsabilização pela construção lógica e longitudinal que procure integrar a contribuição de profissionais da equipe de referência, profissionais de apoio matricial, setores e serviços de saúde deve partir geralmente de profissionais integrantes da própria equipe de referência. Dentro dessa perspectiva, com base nos resultados encontrados, podemos entender que o profissional enfermeiro, na maioria das vezes, assume esse papel, cabendo a ele fazer a articulação, a integração e a comunicação entre profissionais da própria equipe de referência, como o médico, e com profissionais que definimos como equipe de apoio matricial, ou seja, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogos, entre outros profissionais da mesma instituição hospitalar.

Para os profissionais da saúde envolvidos na assistência, o enfermeiro ocupa um espaço estratégico e de referência na equipe, facilmente identificado pela sua liderança, trabalho em equipe e valorização dos diferentes saberes (Backes *et al.*, 2008).

Entretanto, Neves *et al.* (2012) indicam que os outros profissionais na equipe de saúde nem sempre possuem conhecimento sobre as funções e âmbito da prática dos enfermeiros, ou esse conhecimento é superficial, o que resulta em uma percepção do seu papel baseada em estereótipos descontextualizados, que influenciam a dinâmica da equipe.

Desta forma, a necessidade da compreensão do seu próprio papel e dos outros dentro da equipe surge como algo fundamental para o processo de cuidado compartilhado, sendo

necessários mais estudos que identifiquem as ações e competências do enfermeiro dentro dos serviços de urgência e emergência a fim de promover a clarificação do seu papel dentro das equipes de saúde e o reconhecimento da sua atuação por outros profissionais de saúde.

6.2 O DESAFIO DA PRÁTICA CENTRADA NA FAMÍLIA E NO PACIENTE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diante das ações específicas e comuns relacionadas ao eixo Apoio familiar e ao paciente, e às ações colaborativas relacionadas ao eixo Cuidado centrado no paciente e na família, observou-se que ainda há escassez de ações que envolvam a família e o paciente no cuidado à saúde no serviço de urgência e emergência no cenário estudado. Isso evidencia a dificuldade dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, em integrar o familiar e o paciente no cuidado prestado, o que mostra que as práticas clínicas ainda estão marcadas pelo poder hegemônico da Biomedicina (Bosi, 2004) e pelo modelo centrado na doença (Eisenberg, 1977).

As ações identificadas como apoio familiar e ao paciente estavam ligadas ao acolhimento do paciente e familiar na Classificação de Risco, ao contato telefônico para solicitar o comparecimento dos familiares ao hospital e às orientações realizadas ao paciente e ao familiar. Entende-se que as ações relacionadas a esse eixo, no setor de urgência e emergência, ainda são bastante fragilizadas e pouco desenvolvidas pela equipe de saúde; consequentemente, o cuidado do paciente nos serviços de urgência e emergência hospitalar ainda está centralizado na doença, ou seja, em procedimentos necessários para se fazer o diagnóstico e o tratamento da doença. Isso ocasiona, muitas vezes, o esquecimento por parte da equipe de saúde em atender a pessoa que está doente em sua integralidade (Duarte, 2003).

O conceito de integralidade, concebido por Mattos (2004), refere-se a um conjunto de sentidos, dentre os quais a capacidade de dar resposta às necessidades de saúde, não restringindo-se às condições funcionais e fisiológicas do corpo humano; à articulação entre as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; à articulação intersetorial e interprofissional, que proporcionem melhor atenção à saúde e a qualidade das interações produzidas nos encontros entre profissionais e as pessoas envolvidas no cuidado (Mattos, 2004).

Entendemos, neste estudo, que ações como a Classificação de Risco, com acolhimento e orientações aos pacientes e familiares, são pontes para o início de uma assistência humanizada

e centrada no paciente e na família nos serviços de urgência e emergência no Brasil, concordando com Agreli *et al.* (2016, p. 907), quando dizem:

“No cenário nacional das políticas de saúde, as abordagens que mais se aproximam da ACP, de acordo com os aspectos identificados na literatura, são: o processo de trabalho usuário centrado, o método clínico centrado na pessoa/ medicina centrada no paciente, o cuidado integral, a Clínica Ampliada (CA) e a Política Nacional de Humanização (PNH), todos ancorados no princípio da integralidade.”

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde estabeleceu o Acolhimento com Classificação de Risco como um instrumento de humanização, com a finalidade de estabelecer mudanças na forma de atendimento aos usuários que procuram os serviços de saúde, desde a atenção primária à saúde a serviços de urgência e emergência, sendo capaz de acolher o cidadão, garantindo que suas necessidades sejam atendidas. Assim, o acolhimento é uma ação tecno-assistencial, que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito participante e ativo no processo de produção da saúde, que implica compartilhamento de saberes e necessidades (Brasil, 2004).

O acolhimento consiste na responsabilidade pelo cuidado do paciente que chega à unidade, por meio da escuta de suas queixas, preocupações e anseios, proporcionando resolutividade por meio da interação com os outros profissionais e serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (Gibaut *et al.*, 2013).

O enfermeiro que realiza essa atividade é muitas vezes o primeiro profissional de saúde com o qual famílias e pacientes têm contato quando chegam ao serviço de urgência e emergência. Nesse momento, são coletadas todas as informações necessárias provenientes do paciente subsidiando o julgamento clínico, orientado para os sinais e sintomas, para a realização das escalas de avaliação e para a Classificação de Risco. Portanto, é necessário que ele tenha habilidades de comunicação para ajudar, orientar e informar o indivíduo e sua família em um momento tão vulnerável (Edwards *et al.*, 2008).

Além disso, esse profissional deve estar disposto ao diálogo, permitindo entender as necessidades de saúde apresentadas pelo paciente, buscando a solução do problema e criando a possibilidade do fortalecimento da rede de atenção, à medida que referencia para outros serviços de saúde de acordo com cada situação apresentada. O profissional que acolhe o paciente, ouvindo suas queixas e dando respostas a seus questionamentos (Souza *et al.*, 2008) estabelece uma relação empática, minimizando sentimentos como a ansiedade, a

agressividade ou a impaciência, que podem surgir no decorrer da espera ou mesmo no atendimento hospitalar (Edwards *et al.*, 2008).

O estudo recente de Silva *et al.* (2016) avaliou a satisfação do usuário com relação ao acolhimento com Classificação de Risco em um serviço de Pronto-Socorro, e constatou que os usuários que tiveram maior acolhimento receberam maior número de informações a respeito do Setor de Acolhimento com Classificação de Risco, demonstrando maior satisfação em relação ao serviço. Pode-se concluir, então, que o uso eficiente de estratégias de comunicação e informação em saúde no âmbito das unidades de emergência do SUS pode influenciar significativamente no grau de satisfação dos usuários em relação ao serviço prestado.

No que diz respeito às ações sobre o contato telefônico e orientações destinadas ao familiar nos setores de urgência e emergência, verifica-se que tais práticas estão relacionadas à dimensão da comunicação e interação entre profissional, paciente e/ou familiar; porém essas ações nem sempre são suficientes para que haja essa aproximação e a formação de um vínculo paciente-família-profissional. O contato telefônico e as orientações ao paciente e a família precisam transcender a dimensão da simples passagem de informação do profissional ao paciente e/ou família, para uma comunicação mais ampla, com troca de informações e compartilhamento de conhecimentos e saberes. Tais aspectos são necessários para a compreensão e envolvimento do paciente acerca da sua situação de saúde, o que proporciona credibilidade, conforto e segurança às pessoas envolvidas, sendo este fator indispensável para a formação de vínculo e de confiança entre profissional-família-paciente (Girardon-Perlini, 2008).

Entretanto, Fox *et al.* (2015) colocam que fatores como classe social, idade e escolaridade influenciam a busca de informação por parte dos pacientes, e questionam se a atenção centrada no paciente favoreceria apenas grupos socioeconômicos mais privilegiados. Supõem-se que pacientes de grupos socioeconômicos menos privilegiados, ao tentarem compreender mais sobre suas doenças, podem ser vistos negativamente ou reprimidos pelos profissionais de saúde. Portanto, presume-se que o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação, o que remete à esfera da interação e comunicação entre pacientes e profissionais. O plano das interações e comunicação também é decisivo nas relações interprofissionais de colaboração (Agreli *et al.*, 2016).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem atuar no sentido de reconhecer que o paciente e a família têm o direito a explicações de maneira completa e apropriada à sua compreensão a respeito do diagnóstico e cuidados prestados (Barbosa, 2012).

Eisenberg (1977) discute sobre o cuidado médico centrado na doença, visto que a principal finalidade é o tratamento e se, possível, a cura. O modelo centrado na doença ainda é modelo mais praticado pela equipe de saúde nos serviços de saúde, principalmente a nível hospitalar, o que dificulta a introdução de um cuidado centrado no paciente.

Nesse modelo, quem define o objeto de trabalho – no caso, a doença – é o profissional de saúde, baseado em um diagnóstico. O paciente se torna passivo diante do cuidado imposto pela equipe de saúde, e sua contribuição baseia-se apenas em seguir a prescrição médica e colaborar para que a equipe faça o diagnóstico da doença. Destaca-se que o principal conhecimento envolvido neste processo é o da clínica, sendo este restrito ao conhecimento técnico-científico (Santos *et al.*, 2013).

No modelo centrado na pessoa, a finalidade não se restringe à doença, ou seja, além de tratá-la é preciso promover sua para o autocuidado. Assim, é importante que a decisão do objeto do trabalho não seja de responsabilidade apenas do profissional ou da equipe, mas também implique a participação consciente e informada da pessoa/família/comunidade (Santos *et al.*, 2013).

Sobre a participação da família no cuidado ao paciente, neste estudo a presença do familiar junto ao paciente durante situações de urgência e emergência não foi evidenciada, porém trata-se de um tema bastante importante para a prática centrada no paciente e na família nos serviços de urgência e que vem sendo discutida por alguns autores (Buboltz *et al.*, 2016; Mekitariana *et al.*, 2015).

Tal constatação reforça um fato que ocorre frequentemente nos serviços de urgência e emergência: a dificuldade dos profissionais de saúde em manter a presença de familiares durante um atendimento de urgência/emergência, pois entende-se que estes podem atrapalhar e comprometer a qualidade do atendimento (Girardon-Perlini, 2008).

Girardon-Perlini (2008), em seu estudo sobre a experiência da família durante um atendimento de emergência, identificou a importância de sensibilizar os profissionais, e em especial a enfermagem, para que incluam a família no seu projeto terapêutico também nas unidades de emergência. Ora, a presença do familiar na Sala de Emergência durante o atendimento parece trazer mais benefícios que transtornos, sobretudo para a família e para quem está sendo atendido. Pensando nisso, a participação da família deve ser encorajada pela

equipe de saúde em todos os níveis do cuidado hospitalar, pois trata-se de um recurso importante na assistência para obtenção de resultados positivos na evolução clínica do paciente (Al-Mutair, 2012).

Segundo o estudo de Mekitariana *et al.* (2015), os motivos pelos quais os profissionais incluem as famílias na Sala de Emergência foram: a família observar os esforços mobilizados pela equipe para salvar a vida da criança; a necessidade de informações importante sobre o paciente que só a família pode fornecer; ser um direito da família e a segurança proporcionada à criança quando o familiar está próximo. Já os motivos que os levam a excluir as famílias foram: os profissionais não têm tempo para dar atenção às famílias; a família restringe o ensino a estudantes; a família interfere na atuação dos profissionais; a necessidade de um profissional permanecer junto com a família e a família permanecer com memórias negativas do atendimento.

No entanto, para garantir a permanência dos familiares junto ao paciente em situações de emergência, é necessária uma reestruturação institucional e, conseqüentemente, o preparo e a capacitação da equipe.

A reestruturação institucional está diretamente ligada às dificuldades que os serviços de urgência e emergência enfrentam, tais como a sobrecarga de trabalho decorrente da superlotação dos prontos-socorros, e a insuficiência de recursos humanos, físicos e materiais disponíveis. Além disso, o acesso irrestrito aos serviços de emergência resulta em longo de tempo de espera de atendimento para os usuários, o que ocasiona desgaste e estresse à equipe de saúde, que trabalha diante uma demanda de trabalho superior à capacidade que está preparada para atender (Feliciano, 2005; Almeida & Pires, 2007).

Diante do que foi exposto, percebe-se a importância e os benefícios trazidos pela presença da família junto ao paciente nos serviços de urgência e emergência para a prática centrada no paciente e na família; não obstante, as unidades de urgência e emergência e a equipe interprofissional devem estar preparadas e capacitadas para atender a família de maneira humanizada, acolhedora e como parte integrante do cuidado.

Observa-se que a atenção centrada na família e no paciente demanda tempo, que costuma ser tão escasso nos serviços de urgência e emergência; logo, é fundamental que os profissionais de saúde desses serviços avaliem cada caso com a presença da família e, juntos, decidam as melhores condutas e práticas para o paciente em atendimento.

Outra questão a ser ressaltada é que a prática centrada no paciente dentro dos serviços de urgência e emergência deve ser compreendida, valorizada e aplicada pela equipe

interprofissional de saúde ao cuidado do paciente institucionalizado, visto que a maioria das doenças agudizadas que acometem o paciente a nível terciário são consequências das doenças crônicas não tratadas pelo próprio paciente no ambiente domiciliar. Assim, a prática centrada no paciente contribui para melhora das condições crônicas de saúde, como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e problemas cardíacos (Silva, 2014; Mirzaei *et al.*, 2013), e contribui também para a continuidade do cuidado no sentido de responder às necessidades de saúde dos pacientes, integrar os profissionais da saúde em colaboração com os pacientes, promovendo a autonomia e empoderamento dos pacientes e equipes (Silva, 2011; Pelzang, 2010).

6.3 IMPORTÂNCIA DA CLARIFICAÇÃO DOS PAPÉIS E DO SABER COMUM

Comparadas às ações específicas e colaborativas, identificaram-se poucas ações comuns desenvolvidas pelo enfermeiro e outro profissional. Isso pode ter relação com a dificuldade de reconhecimento dos papéis de outros profissionais por parte do enfermeiro, o que é esperado, visto que o campo de ações comuns ainda é algo que está em construção; ou seja, é possível observar que os enfermeiros conseguem reconhecer o que eles próprios fazem, mas têm dificuldade em reconhecer o que fazem em comum com os demais profissionais. Este fato revela a importância da clarificação dos papéis, com vistas ao fortalecimento do trabalho interprofissional e à colaboração no setor de urgência e emergência.

Embora esse conhecimento comum seja pouco difundido entre os profissionais, tal noção não é nova. Em 1996, o autor Middleton, em suas análises de trabalho em equipe no âmbito médico, constatou que aquele tipo de conhecimento, baseado em experiências compartilhadas dentro das práticas profissionais, oferecia recursos rápidos para a tomada de decisões conjuntas. No entanto, pouco se sabia sobre como o conhecimento comum poderia ser instituído nos limites das organizações ou das práticas.

Antes de Middleton (1996), Edwards e Mercer (1987) já haviam escrito sobre a importância do desenvolvimento de conhecimento comum ou de acordos compartilhados para o ensino bem-sucedido em sala de aula.

Assim, o conhecimento comum envolve competências compartilhadas entre os diferentes profissionais da saúde. A constituição de uma área comum de atuação e de práticas na área da saúde requer o desenvolvimento de competências comuns entre os profissionais da saúde. Barr (1998) aponta três tipos de competências, sendo um deles as competências

comuns, que envolvem ações que qualquer profissional qualificado pode desempenhar, contribuindo para a redução de tensões interprofissionais e favorecendo a colaboração.

É importante enfatizar que a aprendizagem que ocorre no espaço do campo comum não é uma questão de aprender a fazer o trabalho dos outros, mas envolve a obtenção de informações e de características suficientes sobre os propósitos e práticas de outros profissionais para permitir a colaboração entre os membros da equipe. Tal compreensão pode ser adquirida por meio da clarificação dos papéis profissionais.

A formação e a preservação de papéis profissionais claros são vistas como elementos essenciais para um desempenho eficaz das relações de equipe interprofissional (Oeste e Markiewicz, 2004). Papéis claros definem a natureza das tarefas de cada membro da equipe, responsabilidades e âmbito da prática, garantindo que os problemas em torno de violação de fronteira profissional sejam evitados (Booth & Hewison, 2002; Stark *et al.*, 2002).

Tais características compreendem a capacidade do profissional descrever em que momento termina a sua prática e se inicia a prática do outro; saber o momento para dar abertura para outro profissional contribuir; identificar e sinalizar estereótipos de profissionais que compõem a equipe ou que complementam o cuidado; respeitar os papéis, a *expertise* e as contribuições dos membros da equipe; identificar habilidades comuns e valores benéficos que fortaleçam a colaboração das equipes e descrever perspectivas de conhecimento de outras profissões (MacDonald *et al.*, 2010).

Se, por um lado, a clareza do próprio papel profissional, o conhecimento e a compreensão das habilidades e atitudes de outras profissões contribuem para aumentar a prontidão para a aprendizagem interprofissional, por outro, o modelo predominante de formação em saúde ainda é uniprofissional, o que leva os estudantes a priorizarem a prática profissional da sua própria área, sem valorizar o reconhecimento da complementaridade dos papéis e perspectivas de diferentes profissionais do cuidado em saúde (Khalili, *et al.*, 2013).

A falta de experiências práticas conjuntas na formação dos profissionais dificulta o reconhecimento daquilo que é específico de cada área, do que é comum e o que pode ser compartilhado entre as profissões em experiência interprofissional (Reese & Sontag, 2001), o que representa um verdadeiro desafio para a prática em equipes. Essas dificuldades estão relacionadas à sobreposição das competências de cada área, o que gera diferentes graus de responsabilidades, resultando na “desfocagem de papel” (Falk 1977; Mariano, 1999), que leva à confusão dos papéis profissionais e à dificuldade em reconhecer os limites de cada prática profissional, ou seja, o momento em que se inicia e termina a prática do outro.

Esse papel de “desfocagem” pode provocar diferentes sentimentos nos profissionais envolvidos. Eles podem sentir que o seu papel específico foi usurpado por outras profissões, ou então sentem que estão fazendo tudo – um processo chamado “expansão do papel” (Falk, 1977).

Essa dificuldade muitas vezes pode ser reconhecida como fronteira do próprio saber, o que separa os diferentes sistemas de comunicações, sistemas de significado, prioridades, escalas temporais e assim por diante, o que pode dificultar a prática interprofissional colaborativa dentro das organizações ou da própria equipe. As fronteiras podem ser órgãos governamentais que sustentam e regulamentam o exercício profissional de cada área de formação, além das fronteiras sociais, culturais e profissionais.

Portanto, trabalhar de forma relacional em fronteiras organizacionais envolve desafios pessoais de negociar expertise em diferentes cenários da prática; nos quais as práticas que estavam sendo protegidas pelos limites da especificidade profissional podem ser desestabilizadas pelas ações de outros profissionais (Kerosuo, 2003).

Orchard, Curran & Kabene (2005) apontam a estrutura organizacional, as relações de poder e a socialização dos papéis como barreiras para atenção centrada no paciente. A estrutura organizacional inclui as esferas de regulamentação profissional governamentais, jurídicas e das corporações profissionais. As relações de poder expressam conflitos entre profissionais, sobreposição de competências, responsabilidades e percepções sobre estereótipos profissionais.

Assim, o conhecimento das práticas comuns dentro de uma organização é importante para o gerenciamento de fronteiras profissionais, pois o conhecimento comum é visto como uma aproximação para novas práticas e inovação (Carlile, 2004).

Dentro desta perspectiva inovadora, Campos & Domitti (2007) propõe o matriciamento entre equipe de referência e apoiador matricial como alternativa para ampliar e reorganizar a gestão do trabalho dentro dos serviços de saúde, promovendo o deslocamento do poder das profissões e reforçando a gestão da equipe interdisciplinar, em que os profissionais encontram-se no mesmo nível hierárquico e atuam juntos em prol de objetivos comuns. Em suma, o poder deve ser compartilhado entre gestores, equipe interprofissional e pacientes.

É necessário transformar e assumir novas formas de pensar e agir, que permitam o rompimento de fronteiras profissionais; a construção de um conhecimento comum e compartilhado; a transmissão e compreensão imediata de determinada informação ou situação

entre os profissionais da saúde, gerando respostas rápidas e eficazes dentro da equipe (Edwards e Mercer, 1987).

Nas unidades de urgência e emergência, a construção rápida e conjunta de novos saberes entre diferentes membros da equipe frente a uma situação que envolve cuidados e decisões complexas é fundamental e até mesmo vital para o paciente. Tal medida requer o desenvolvimento de novas práticas profissionais; a transformação e mobilização dos antigos saberes em novos saberes, criando assim uma cultura de colaboração interprofissional em que as diferenças dos saberes, valores e crenças dos profissionais sejam respeitadas.

6.4 A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA EFICAZ E SEGURA PARA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pode-se constatar por meio das ações específicas, comuns e colaborativas que a comunicação é uma das principais ferramentas para o processo de trabalho em saúde do enfermeiro. Por meio dela, o enfermeiro gerencia e articula o cuidado com os demais profissionais da equipe, garantindo a continuidade e qualidade da assistência prestada ao paciente (Propp *et al.*, 2010; Orchard, 2010; Rossi & Lima, 2005; Willing & Lenardt, 2002).

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia ações das mais diferentes esferas. A etimologia desse termo provém do verbo latino *comunicare*, que significa “pôr em comum”, ressaltando que a competência interpessoal é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um “processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas” (Tigulini, 2002).

Nos serviços de saúde, a comunicação entre os membros da equipe pode se dar de duas formas: a comunicação como competência social (Zarifian, 1999) sendo esta, atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas; como: autonomia, responsabilização e comunicação. Nesta perspectiva a comunicação implica em compreender o outro e a si mesmo; construir um entendimento recíproco, onde significa entrar em acordo sobre os objetivos organizacionais e partilhar normas comuns garantindo o sucesso das ações realizadas em conjunto; e a simples comunicação instrumental e técnica, onde a comunicação acontece como simples transmissão de informações, sem que haja uma interação dialógica entre os sujeitos envolvidos na ação. Assim, o conceito de comunicação social descrito por Zarifian (1999) traz à tona a possibilidade do profissional, por meio de sua subjetividade, explicitada pela atividade comunicacional, agir como ator social no seu ambiente de trabalho.

Ainda segundo o modelo de competência proposto por Zarifian (2001), onde a “autonomia” e o “assumir responsabilidades” são essenciais para a prática profissional, os saberes adquiridos da experiência de vida de cada profissional, juntamente com seus conhecimentos técnicos, possibilitaria ao profissional torna-se sujeito de sua própria atividade profissional. Dessa forma, o profissional não é um mero receptor passivo das trocas comunicacionais dentro do processo de trabalho, ele age como interlocutor com possibilidades de interagir com o meio e interferir em prol de seus interesses.

Nos hospitais, a demanda por informações clínicas necessárias para o diagnóstico e prescrições médicas é cada vez mais sentida por profissionais de saúde e pacientes. Tais informações independem de quaisquer perspectivas culturais, biográficas, afetivas e sociais encontradas na ação comunicativa (Silva, 2003). Ao contrário da ação comunicativa como competência social, na comunicação instrumental prevalece a troca de informação quase impessoal, porém imprescindível para a execução do procedimento técnicos e clínicos (Souza *et al.*, 2016).

Assim, entende-se que a comunicação está diretamente ligada às relações humanas, sendo estas reconhecidas como essenciais para o desenvolvimento do trabalho em equipe (Souza *et al.*, 2016) e do trabalho interprofissional colaborativo.

No ato comunicativo, falantes e ouvintes em busca do entendimento se situam num sistema composto pelo mundo *objetivo*, onde se dão os acontecimentos; pelo mundo *social*, onde ocorrem as relações interpessoais; e pelo mundo *subjetivo*, onde se passam as vivências (Nascimento & Prado, 2004).

Por isso, a comunicação com confiança e entendimento mútuo se faz importante para a construção das relações interprofissionais. Acredita-se que o agir comunicativo favoreça a comunicação e colaboração interprofissional nos serviços de saúde, garantindo a qualidade e a segurança do cuidado prestado. Estudos relacionados a esse tema evidenciaram a importância da comunicação e do trabalho em equipe interprofissional de saúde como determinante para a qualidade e segurança na prestação de cuidados aos indivíduos (Santos *et al.*, 2010).

Quando os profissionais de saúde não se comunicam de forma eficaz, a segurança do paciente é colocada em risco por vários motivos, dentre eles a falta e/ou a interpretação inadequada das informações necessárias para o cuidado do paciente, bem como solicitações pouco claras provenientes de outros profissionais envolvidos no cuidado (Oliveira *et al.*, 2014). De fato, os resultados obtidos referentes à comunicação interprofissional no Pronto-

Socorro evidenciaram que a falta ou dificuldade na comunicação entre os profissionais geram diversos conflitos relacionados ao processo de cuidado.

Assim, a comunicação entre os profissionais é fundamental para o cuidado de saúde eficaz, ou seja, para que surja o efeito esperado e seguro (Maxfield, 2013; Lee, 2012). Alguns fatores são cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre membros da equipe, tais como: escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe, discussões sobre informações pertinentes e consciência situacional – em outras palavras, a capacidade do profissional compreender o ambiente no qual está inserido e a capacidade de prever problemas futuros, agindo com precisão (Rowlands & Callen, 2013).

Entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe da saúde destacam-se: a diversidade na formação dos profissionais, que resulta em mecanismos diferentes para estabelecer a comunicação entre os indivíduos; a tendência de uma mesma categoria profissional comunicar-se apenas entre si, por afinidades de profissão; fatores hierárquicos, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe (Rowlands & Callen, 2013); diferenças de personalidade; diferenças de horários e rotinas profissionais; complexidade do cuidado; ênfase em decisões rápidas, etc. (Nogueira & Rodrigues, 2015).

Com intuito de melhorar a comunicação, algumas estratégias são consideradas importantes para o trabalho em equipe e para a comunicação, como: reuniões de equipe; compreensão mútua dos problemas; metas e estratégias relacionadas a situações presenciadas pela equipe interprofissional; implantação de protocolos e discussões de casos entre membros da equipe interprofissional (Santos *et al.*, 2010; Rowlands & Callen, 2013).

No estudo de Rowlands & Callen (2013), quando perguntado aos sujeitos da pesquisa sobre como a comunicação poderia ser melhorada, uma das respostas foi a necessidade de clarificação dos papéis. Nas situações de emergência, em que a maioria dos casos acontecem de forma rápida, dinâmica e complexa, os profissionais precisam ter seus papéis bem claros e definidos, e confiar no desempenho do outro profissional (Collin *et al.*, 2012).

Piquette *et al.* (2009) analisaram as percepções dos intensivistas com relação ao estresse e o trabalho em equipe interprofissional ao cuidar do paciente em situação de urgência. Eles descobriram que crises agudas e urgentes envolvendo o paciente afetaram as interações entre a equipe de diversas maneiras. Durante esses episódios de prestação de cuidados, ocorreram

diversas interações entre profissionais da equipe, que muitas vezes resultaram em diferentes percepções entre os profissionais sobre a natureza e os efeitos do seu trabalho.

Neste contexto, salienta-se a importância das reuniões interprofissionais para o compartilhamento de informações relacionadas ao planejamento de cuidado do paciente, à tomada de decisão em conjunto e à comunicação efetiva entre os profissionais – características importantes para a colaboração que, ainda hoje, não são comuns em serviços de urgência e emergência (Reeves & Freeth 2003). Portanto, o entendimento e a compreensão dos processos de trabalho, bem como a comunicação fluente entre os membros da equipe, se fazem necessários (Collin *et al.*, 2012).

Com relação ao trabalho interprofissional colaborativo dentro dos serviços de urgência e emergência, verifica-se que a colaboração entre profissionais de diferentes especialidades pode ser dinâmica, mas geralmente é específica da situação (Collin *et al.*, 2012). Skjorshammer (2001) observou que profissionais do setor hospitalar têm utilizado diferentes abordagens para a colaboração interprofissional, a depender da urgência de cuidado envolvendo o paciente. Quando a equipe considera a urgência do cuidado como de alta complexidade, eles tendem a trabalhar em estreita colaboração com os seus colegas, prestando cuidados com foco na equipe. Em contrapartida, quando percebem a urgência de baixa complexidade, a equipe evita o envolvimento em cuidados baseados em equipe.

Um estudo sobre uma clínica de emergência (Collin *et al.*, 2012) constatou que a maior parte do trabalho pode ser realizada por meio da colaboração interprofissional; ou seja, por meio da colaboração entre profissionais que trabalham juntos e que trocam informação, porém mantêm os seus respectivos interesses intactos.

D'Amour *et al.* (2008) analisam que a colaboração compreende profissionais que querem trabalhar juntos para melhorar a atenção à saúde, ao mesmo tempo que têm seus próprios interesses e almejam reter um certo grau de autonomia no trabalho. A autora refere que a colaboração interprofissional permite, por meio da negociação e participação, a construção de objetivos comuns da equipe em prol do paciente.

Peduzzi *et al.* (2013) discutem que a prática colaborativa envolve profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação e a articular seu saber específico com o de outros profissionais na organização do trabalho, possibilitando o compartilhamento de ações e a delegação de atividades a outros profissionais.

Desta forma, podemos entender a colaboração interprofissional como um processo dinâmico, com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção, com respostas

inovadoras às necessidades em saúde, com o desenvolvimento de atividades cada vez mais amplas que reduzem os níveis de interdependência e integração entre os profissionais de saúde.¹

Os conceitos de equipe de referência e apoio matricial trazidos por Campos & Domitti (2007) sugerem a construção de uma atenção voltada mais para colaboração entre profissionais, setores e até mesmo entre outros serviços de saúde. O apoio matricial e a equipe de referência são metodologias de trabalho que surgem para a realização da gestão da atenção em saúde, mas são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais que buscam diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas de conhecimento. Assim, para que a interdisciplinaridade e a colaboração ocorra de fato e contribua para aumentar a eficácia das intervenções, é importante não somente facilitar a comunicação entre os diferentes especialistas e profissionais (Rivera, 2001), mas também montar um sistema que produza um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades pelos casos e pela ação prática.

Entre outros arranjos, também o apoio matricial pode ser relevante para racionalizar o acesso e o uso de recursos especializados, muitas vezes atestados nas instituições hospitalares. Esse arranjo permite um uso racional de recursos, quando cria oportunidade para que um único especialista integre o seu trabalho e o seu conhecimento específico com o de várias equipes de referência. Por exemplo: um único clínico geral ou um fisioterapeuta poderia assegurar apoio matricial a várias equipes especializadas em trauma; composta por cirurgiões, ortopedistas e enfermeiros, contribuindo tanto para a avaliação conjunta do estado clínico dos casos quanto para o controle de infecções pós-cirúrgicas ou de outras intercorrências clínicas.

Com esse tipo de relação, no decorrer do tempo, a equipe de trauma iria incorporando em seu campo de conhecimento aspectos antes delegados aos clínicos ou fisioterapeutas, ampliando assim sua capacidade de resolver problemas de saúde e indicando com mais sensibilidade e precisão os casos que necessitariam de apoio especializado (Campos & Domitti, 2007). Isso proporcionaria a clarificação dos papéis entre os profissionais da equipe de referência e equipe de apoio matricial por meio da realização de práticas conjuntas, levando o entendimento mútuo das atividades que podem e devem ser compartilhadas, e promovendo a construção de competências interprofissionais colaborativas em meio ao próprio processo de trabalho.

¹ Definição construída no Grupo de Pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional” (Reeves 2012; Agreli 2017; OMS, 2010 e Morgan 2015).

Diferente de colaboração, o trabalho em equipe engloba uma série de elementos centrais, como a identidade compartilhada da equipe, a clareza dos papéis, a interdependência das ações, a integração, a responsabilidade compartilhada e a equipe de trabalho (Reeves, 2012), em que a coexistência de vários profissionais não constitui por si só o trabalho em equipe. A articulação entre os membros da equipe requer uma construção pautada na interação dialógica, em busca de um entendimento compartilhado (Peduzzi, 2001, 2007; Carvalho *et al.*, 2012).

Peduzzi (2001) definiu uma tipologia de trabalho em equipe: equipe integração, na qual os profissionais buscam a articulação das ações e a interação comunicativa; e equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o simples agrupamento de profissionais. Esta tipologia expressa uma polaridade, na qual se observa, de uma parte, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, de outra, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao estranhamento e distanciamento dos trabalhadores no que se refere às relações que estabelecem entre si e com o trabalho que executam, o que inclui sua relação com os usuários (Peduzzi, 2001).

Para que a integração seja alcançada dentro da equipe, é preciso que seus componentes façam um investimento para a que as ações sejam compartilhadas e articuladas entre todos. As ações de saúde não se articulam por si só, por se desenvolverem numa situação comum de trabalho, onde diferentes profissionais compartilham o mesmo espaço físico e a mesma clientela. A articulação requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os nexos existentes entre as intervenções realizadas – aquelas referidas ao seu próprio processo de trabalho e as ações executadas pelos demais integrantes da equipe (Peduzzi, 2009).

Neste sentido, a comunicação interprofissional e o trabalho em equipe são imprescindíveis para a prática interprofissional colaborativa no âmbito hospitalar e para a organização dos serviços de urgência e emergência. Tal recurso permite o aumento da resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita a comunicação entre os profissionais eficaz e segura, viabilizando o compartilhamento das informações e das ações, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais (Peduzzi *et al.*, 2013).

7 Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com intuito de identificar as competências do enfermeiro em urgência e emergência hospitalar na perspectiva da prática interprofissional colaborativa, o presente estudo mapeou o conjunto das ações específicas, comuns e colaborativas na perspectiva de enfermeiros de um serviço de urgência e emergência hospitalar.

Identificar e analisar as ações é uma etapa fundamental para a construção das competências, e fazer isso na perspectiva dos enfermeiros resgata a importância dessa construção ser feita considerando-se o trabalho que já é desenvolvido por esses profissionais. Além disso, a organização das ações por eixos temáticos indica o caminho para a continuidade da construção das competências específicas, comuns e colaborativas.

A gestão como atividade central do Enfermeiro para articulação do cuidado em saúde em equipes de urgência e emergência mostrou que os enfermeiros desempenham mais ações voltadas para a gestão do cuidado, quando comparado às demais ações desempenhadas por ele dentro do Pronto-Socorro. Constatou-se também que o enfermeiro é o profissional que mais articula o cuidado entre os demais profissionais, o que o coloca em uma posição central frente ao cuidado do paciente institucionalizado. Identificaram-se, ainda, poucos estudos a respeito das competências específicas do enfermeiro em urgência e emergência no Brasil, o que explica a necessidade de mais estudos relacionados à temática para que a prática do enfermeiro neste serviço possa ser evidenciada pelos demais profissionais.

O desafio da prática centrada na família e no paciente em serviços de urgência e emergência revela que tal prática ainda é pouco realizada e pouco conhecida pelos enfermeiros, expresso pelo baixo número de ações realizadas pelo enfermeiro envolvendo o paciente e a família no âmbito hospitalar, principalmente, nos setores onde os casos de urgência e emergência são mais evidentes tais como a Sala de Emergência.

Entretanto, observa-se a necessidade da equipe interprofissional, principalmente do enfermeiro, em incluir o paciente e a família no seu processo de cuidado, sendo este de grande importância e impacto para diminuição de novos casos de reinternação hospitalar, haja vista que a maioria dos casos agudizados são consequência de doenças crônicas não tratadas. Assim, a prática centrada no paciente e na família traz o conhecimento e o compartilhamento de informações entre profissionais e pacientes/familiar, e isso proporciona maior participação do paciente e da sua família e a co-responsabilização pelo cuidado.

A clarificação dos papéis e a importância do saber comum para a diminuição de fronteiras profissionais e fortalecimento da prática interprofissional colaborativa destaca que o enfermeiro reconhece o seu próprio papel, porém tem dificuldade em reconhecer os papéis dos demais profissionais da equipe, o que dificulta o reconhecimento das ações que são comuns a ele e a outro profissional. Tal dificuldade pode estar relacionada às fronteiras profissionais. Dessa forma, a clarificação dos papéis é importante para o reconhecimento das ações específicas de cada profissional, delimitando a área de atuação de cada membro e evitando conflitos e sobreposição das competências específicas de outras profissões. Conclui-se também que a clarificação dos papéis, o reconhecimento das ações comuns e a discussão sobre as fronteiras profissionais são importantes para o fortalecimento da prática interprofissional colaborativa.

A comunicação como ferramenta eficaz e segura para a prática interprofissional colaborativa e o trabalho em equipe mostrou que a comunicação é a principal ferramenta utilizada pelo enfermeiro dentro das ações específicas, comuns e colaborativas. Por meio dela, o enfermeiro articula o cuidado com outros profissionais.

A comunicação bem-sucedida entre a equipe de saúde proporciona segurança e qualidade dos serviços de saúde prestado, além de promover a interação e integração da equipe interprofissional. No entanto, a falta ou a comunicação inadequada é responsável por vários conflitos dentro da equipe.

Observou-se que as ações relacionadas a comunicação estão mais voltadas para a comunicação instrumental, tecnicista, ou seja, a simples passagem de informação entre profissionais, o que mostra a necessidade de uma comunicação mais ampla, com a troca de experiências, o compartilhamento de informações, o entendimento mútuo e a confiança entre os profissionais.

Verificou-se também que a dinamicidade do setor de urgência e emergência pode dificultar a realização de reuniões e encontros de equipe interprofissional, neste caso, se faz necessária a implantação de protocolos e fluxos de atendimento para o entendimento mútuo dos processos estabelecidos, o que facilitaria o trabalho interprofissional em equipe e em colaboração dentro do Pronto-Socorro.

Identificou-se que o matriciamento pode promover a colaboração no âmbito hospitalar, através da definição de equipes de referência e equipe de apoio matricial, o que facilitaria a integração das demais especialidades dentro do cuidado, promoveria o compartilhamento das informações e do cuidado e racionalizaria os recursos especializados utilizados.

Uma das limitações do estudo foi delimitar as ações específicas, comuns e colaborativas apenas na perspectiva do enfermeiro, sendo necessário o desenvolvimento de novos trabalhos que identifiquem as ações dos demais profissionais de equipe de saúde como o médico, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudióloga, entre outros, que compõem a equipe de urgência e emergência. É importante entender em quais situações se faz necessário o trabalho em equipe e/ou a colaboração nas unidades de urgência e emergência. Nota-se, por fim, a importância de novos estudos incluindo os usuários, para avançar na compreensão da prática centrada no paciente a partir da perspectiva desses sujeitos.

Espera-se que este estudo contribua com novas pesquisas relacionadas ao tema e proporcione novas reflexões e discussões sobre as ações específicas, comuns e colaborativas dentro dos serviços de urgência e emergência do Brasil e dentro da instituição estudada.

Referências

REFERÊNCIAS

Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Atividades do enfermeiro nos sistemas de triagem/Classificação de Risco nos serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Gaucha Enferm.* 2012;33(4):181-90.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [cited 2017 July 25]; 20(59):905-916. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>.

Almeida MDLD, Segui MLZH, Maftum MA, Labronici LM, Peres AM. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto and Contexto Enfermagem.* 2011;20(n.esp.):131-7.

Al-Mutair AS, Plummer V, Copnell B. Presença familiar durante a ressuscitação: estudo descritivo das atitudes dos enfermeiros de dois hospitais sauditas. *Enferm Cuid Intens.* 2012;17(2):90-8.

Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude;* 2009;7(3):319-26. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i3.6490.

Barbosa MAM, Balieiro MMFG, Pettengill MAM. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(1):194-9.

Bardin L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.

Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998;12(2):181-7.

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaucha Enferm.* 2011; 32(4):797-806.

Bosi M, Afonso KC. Direito a saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi M, Mercado-Martines F, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004. p.451-79.

Booth J, Hewison A. Sobreposição de funções entre terapia ocupacional e fisioterapia durante a recuperação do AVC no paciente: um estudo exploratório. J Cuid Interprof. 2002;16(1),31-40.

Buboltz FL, Silveira A, Neves ET, Silva JH, Carvalho JS, Zamberlan KC. Percepção de familiares sobre sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. Texto Contexto Enferm. 2016;25(3):1-8.

Brasil. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [Internet]. Brasília (DF): MEC; 2001 [acesso 2017 jul 23]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf.

Brasil Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção às urgências/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf.

Brusamolín L, Montezeli JH, Peres AM. A utilização das competências gerenciais por enfermeiros de um pronto atendimento hospitalar Rev Enferm UFPE On Line. 2010;4(2):808-14.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 [citado 2017 Jul 10];23(2):399-407. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

Carlile PR. Transferring, translating and transforming: an integrative framework for managing knowledge across boundaries. *Organization Science*. 2004;15(5):555-68.

Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT, Ayres JRCM. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(1):19-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004&lng=en&nrm=iso.

Caveião C, *et al*. Hypertensive crisis: competencies listed by the nurse to care hospitals in Curitiba-PR. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2014;6(4):1437-44.

Collin KM, Valleala UM, Herranen S, Paloniemi S. Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. *Stud Contin Educ*. 2012;34(3):281-300.

Collin K, Paloniemi S, Herranen S. INPROF – Promoting teamwork processes and interprofessional collaboration in emergency work (2010-2012). *Stud Contin Educ*. 2015;37(2):142-56.

Collin K, Herranen S, Valleala UM, Paloniemi S. Interprofessional collaboration during an emergency ward's rounds. *Int J Emerg Serv*. 2015;4(2):212-26.

Copnell BL, Johnston D, Harrison A, Robson C, Mulcahy L, Ramudu G, McDonnell C, Best C. Doctors and nurses perceptions on interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. *J Clin Nurs*. 2003;13(1):105-13.

D'Amour D, Goulet L, Labadie J, San Martín-Rodriguez L, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.

Santos PJA, Pires DEP. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Rev Eletrônica Enferm*. 2007;9(3):617-29.

Edwards B, Sines D. Passar no teste-a avaliação da credibilidade do cliente e avaliação por enfermeiros na triagem. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2444-51.

Edwards D, Mercer N. Common knowledge: The development of understanding in the classroom. London: Routledge; 1987.

Eisenberg L. Disease and illness Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatry*.1977;1(1):9-23.

Emergency Nurses Association. Competencies for clinical nurse specialists in emergency care. Des Plaines (EUA): ENA; 2011.

Falck HS. Interdisciplinary education and implications for social work practice. *J Educ Soc Work*. 1977;13(2):30-37.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1-13.

Feliciano KVDO, Kovacs MH, Sarinho SW. Sentimentos de profissionais dos serviços de Pronto-Socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005;5(3):319-328.

Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE, Campos FPF. Implantação do Sistema de Classificação de pacientes na unidade de Clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. *Rev Med HU-USP*.1994;4(1/2):63-87.

Furtado BMASM, Araújo Júnior JLC. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):169-74.

Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015;29(2):113-8.

Frenck J, Chen L, Bhutta ZA, Crisp N, Evans T, Fineberg H *et al*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems is an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.

Gibaut MDAM, Hori LMR, Freitas KS, Mussi FC. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1114-21.

Girardon-Perlini NMO, Pilatto MTS. Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Rev Eletronica Enferm.* 2008;10(3):721-32.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2003.

Habermas J. Consciência moral e agir comunicativo. [Tradução de Guido Almeida]. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989. 236p.

Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J *et al.* Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care.* 2015;29(2):131-7.

Holanda FL, Castagnari C, Cunha ICKO. Perfil de Competência profissional do enfermeiro em emergências. [Internet] *Acta Paul Enferm.* 2015;28(4):308-14.

Holanda FL, Marra CC, Cunha IC. Construction of a professional competency matrix of the nurse in emergency services. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(4):373-9.

Kerosuo H. Boundaries in health care discussions. In: Paulsen N, Hernes T, editors. *Managing boundaries in organizations.* Basingstoke: Palgrave; 2003. p.169-87.

Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care.* 2013;27(6):448-53.

Krogstad U, Hofoss D, Hjorddal P. Doctor and nurse perception of interprofessional cooperation in hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2004;16(6):491-7.

Lee P, Allen K, Daly M. A 'Communication and Patient Safety' training programme for all healthcare staff: can it make a difference? *BMJ Qual Saf.* 2012;21(1):84-8. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000297. Epub 2011 Nov 18.

MacDonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Murray BL, Fowler-Kerry SE, Anonson JM. Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Educ Pract.* 2010;10(4):238-42.

Mariano C. The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook.* 1989;37(6):285-8.

Marquis BL, Huston C. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2005.

Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1411-6.

Maxfield DG, Lyndon A, Kennedy HP, O'keeffe DF, Zlatnik MG. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(5):402-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.07.013>.

Mekitarian FFP, Angelo M. Presença da família em Sala de Emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(4):460-6.

Middleton D. Talking work: Argument, common knowledge and improvisation in teamwork. In: Engeström Y, Middleton D, editors. *Cognition and communication at work*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 233-56.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz Fiocruz. O matriciamento como processo de trabalho no NASF. IdeiaSUS - Banco de Práticas e Soluções em Saúde e Ambiente [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CONASS/CONASEMS. [Citado 2017 jul 20]. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/index.php/atencao-a-saude/1285-o-matricramento-como-processo-de-trabalho-do-nasf>.

Mirzaei M, Apin C, Essue B, Jeon YH, Dugdale P, Usherwood T, Leeder S. A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:251. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-251>.

Montezeli JH, Peres AM, Bernardino E. Competências gerenciais requeridas de enfermeiros em um Pronto-Socorro. *J Res Fundam Care*. 2013;5(3):245-52.

McCarthy G, Cornally N, O'Mahoney C, White G, Weathers E. Emergency nurses: procedures performed and competence in practice. *Int Emerg Nurs*. 2013;21(1):50-7.

Nascimento SR, Prado MLD. O agir comunicativo na construção do conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2004;57(2):237-40.

Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):636-40.

Oliveira RM, Leitão IMTA, Silva LMS, Figueiredo SV, Sampaio RL, Gondim MM. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014;18(1):122-9.

Orchard C, Bainbridge L, Bassendowski S. A national interprofessional competency framework [Internet]. 2010 [acesso 2017 Abr 16]. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IP_Competencies_Feb1210.pdf.

Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online.* 2005;10(1):4387

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(4):977-83.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001;35(1):103-9.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.* Rio de Janeiro: CEPESC; 2007. p.161-77.

Peduzzi M, Trabalho em Equipe. In: Lima JCF, Pereira IB, organizadores. *Dicionário de Educação profissional em saúde.* 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p.419-26.

Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs.* 2010;19(4):912-7.

Peixoto MSP. Enfermagem em Cardiologia. In: Souza AGMR, Ayoub AC. *Ciências da Saúde no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.* São Paulo: Atheneu; 2013. p.51-45. (Enfermagem).

Piquette D, Reeves S, Leblanc V. Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: a qualitative study. *J Interprof Care*. 2009;23(3):273-85.

Proop KM, ApkerJ, Wendy SZF, Wallace N, Serbenski M, Hofmeister N. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qual Health Res* [Internet]. 2010 [citado 2013 Mar 12]; 20(1):15-28. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732309355289>.

Reese DJ, Sontag MA. Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health Soc Work*. 2001;26(3):167-75.

Reeves S, Fox A, Hodges BD. The competency movement in the health professions: ensuring consistent standards or reproducing conventional domains of practice? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2009;14(4):451-3.

Rivera FJU. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6:209-19

Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.

Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013;22(1):20-31.

Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaucha Enferm*. 2011;32(4):695-702.

Santos MCD, Grilo AM, Andrade G, Guimarães T, Gomes A. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Rev Port Saude Publica*. 2010;v.Temat(10):47-57.

Santos MA, Oliveira ACD. Ação centrada na pessoa. Belo Horizonte: Mimeo; 2013. 7p.

Selltiz C, Wrightsman LS, Cook SW, Kidder LH. Medidas na pesquisa social. In Kidder LH, organizador. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1987. v.2.

Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saude Soc*. 2011;20(4):1018-32.

Silva PL, Paiva L, Faria VB, Ohl RIB, Chavaglia SRR. Acolhimento com Classificação de Risco do serviço de Pronto-Socorro Adulto: satisfação do usuário. *Rev Esc Enferm USP*.2016;50(3):427-33.

Souza RS, Bastos MAR. Acolhimento com Classificação de Risco: o processo vivenciado por profissional enfermeiro. *Rev Min Enferm*. 2008;12(4):581-6.

Souza GCD, Peduzzi M, Silva JAMD, Carvalho BG. Trabalho em equipe em enfermagem: restrito aos profissionais de enfermagem ou uma colaboração interprofissional? *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(4):642-9.

Santos JL, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*.2013;66(2):257-63.

Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe2):16-24.

Skjørshammer M. Co-operation and conflict in a hospital: interprofessional differences in perception and management of conflicts. *J Interprof Care*. 2001;15(1):7-18.

Tigulini RS, Melo MRAC. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*; 2002 mai. 02-03; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: EERP; 2002. p.1-5.

Zambiasi BRB, Costa AM. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. *RAS*.2013;15(61):169-76.

Zarifian P. *Objectif compétence*. Paris: Liaisons; 1999.

Zarifian P. *O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora SENAC São Paulo; 2003.

Willig MH, Lenardt MH. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. *Cogitare Enferm*. 2002;7(1):23-9.

World Health Organization (WHO). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO; 2010.

Apêndices

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Caracterização do participante:

1. Iniciais do nome do participante: _____
2. Idade: _____
1. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
2. Em que ano concluiu a Graduação? _____
Em qual Instituição? _____ ☐ Pública ☐ Privada
3. Possui alguma especialização? ☐ Não ☐ Sim ☐ Cursando.
Em qual área? _____ Ano de Conclusão: _____
4. Possui Mestrado? ☐ Não ☐ Sim ☐ Cursando.
Em qual área? _____ Ano de Conclusão: _____
5. Possui Doutorado? ☐ Não ☐ Sim ☐ Cursando.
Em qual área? _____ Ano de Conclusão: _____
Há quantos anos trabalha nesta instituição? _____
6. Há quantos anos atua na área de emergência? _____
7. Há quantos anos atua como enfermeiro do Pronto Socorro nesta instituição? _____
8. Qual é o seu vínculo empregatício com esta instituição?
☐ CLT ☐ Servidor do Estado ☐ Duplo vínculo
9. Qual é o seu turno de trabalho?
☐ Matutino ☐ Vespertino ☐ 12X36 Diurno ☐ 12X36 Noturno
10. Possui outro vínculo empregatício? ☐ Não ☐ Sim.
Qual a área que atua no outro vínculo? _____

Perguntas Norteadoras:

1. Conte-me como é um dia típico de trabalho seu na Classificação de Risco, Sala de pós Consulta, Sala de Emergência e Sala de Observação? Que atividades você realiza? (Perguntar sobre os profissionais que trabalham com o enfermeiro nesses setores e que atividades eles realizam?)
2. Pensando neste dia típico de trabalho que você descreveu. Que atividades você considera específicas do enfermeiro nesses setores?
3. Quais dessas atividades você considera comum a outros membros da equipe?
4. Que atividades são colaborativas, ou seja, realizadas em colaboração/articulação entre você e outros membros da equipe?
5. Além da situação descrita, que outras atividades você considera específicas do enfermeiro nesses serviços? E comuns? E colaborativas?
6. Há alguma informação que você julgue importante comentar a respeito do tema e que não foi abordada nas perguntas?

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor (a),

Convido o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada “**Competências do enfermeiro em emergência hospitalar, na perspectiva da prática colaborativa**” desenvolvida pela Sra. Karoline Zem Fonseca, enfermeira e aluna matriculada no Programa de Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, a nível de mestrado. A investigação tem como objetivo geral de identificar as competências específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam em serviço de emergência hospitalar.

Prevê-se realizar a coleta de dados com os enfermeiros que atuam no serviço de Urgência e Emergência na rede hospitalar da instituição selecionada para o estudo. A técnica utilizada para coleta de dados é a entrevista semi-estruturada individual com enfermeiros que atuam no serviço de Urgência e Emergência, a partir de um roteiro com perguntas pré-estabelecidas, com duração estimada de uma hora, realizadas em local e data previamente consensuados com o participante. Para que as respostas sejam transcritas com 100% de fidedignidade, como foram relatadas, será utilizado um gravador.

A participação na pesquisa não trará complicações legais e o procedimento utilizado (entrevista semi-estruturada individual) não oferece riscos à sua dignidade. Porém, há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ao tempo pré-determinado para a realização da entrevista. Por isso, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto, poderá se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Os pesquisadores estarão atentos a quaisquer reações emocionais e ficarão à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Salienta-se que a participação é voluntária sem qualquer tipo de custo ou remuneração. Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, será garantido o seu ressarcimento pelo pesquisador. Se houver algum prejuízo ou dano decorrente da pesquisa, também será garantida a indenização do participante.

Sua participação é importante para o aprofundamento do tema da pesquisa e pode beneficiar os profissionais que atuam no serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no serviço de Urgência e Emergência Hospitalar.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante o processo de coleta de dados, caso deseje, sem qualquer tipo de prejuízo ou sanção. Será garantido seu anonimato e sigilo de seus dados confidenciais durante todas as etapas da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é a Sra Karoline Zem Fonseca; que pode ser encontrada no endereço: Rua Frei Duarte Jorge de Mendonça 67 apto 34, telefone: (11) 98580-9304 e Endereço eletrônico: karolinezem@gmail.com

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br . Você também pode entrar em contato com o Comitê de ética em pesquisa da instituição coparticipante: Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia – Endereço Av. Doutor Dante Pazzanese, 500 – Ibirapuera – São Paulo/SP CEP: 04012-909 Telefone (11) 50856040 e endereço eletrônico: cep@dantepazzanese.org.br

A pesquisa, bem como a coleta de dados na instituição foram aprovadas pelo Comitê de Ética atendendo todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Informo também que este Termo deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias, ficando uma via com você assinada e rubricada pela pesquisadora e outra anexada aos documentos referentes à pesquisa.

Eu _____ acredito ter sido suficientemente informado (a) sobre o estudo. Ficaram claros para mim o seu objetivo; em que consistirá a minha participação; bem como as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Compreendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a condução do estudo, sem penalidades ou prejuízo de qualquer natureza. Assim, concordo voluntariamente em participar.

São Paulo, _____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura da Pesquisadora
Karoline Zem Fonseca

Anexos

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

Pesquisador: Karoline Zerm Fonseca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57896216.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.667.266

Apresentação do Projeto:

Para identificar as competências específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros em emergência hospitalar de um hospital público do estado de São Paulo, será realizado um estudo de abordagem qualitativa, em que serão realizadas entrevistas individuais e semi-estruturadas com os enfermeiros que atuam no referido setor. Os dados das entrevistas serão analisados para identificação do conjunto de atividades/ações específicas, comuns e colaborativas e para construção de um quadro de competências específicas, comuns e colaborativas para o enfermeiro em emergência buscando contribuir para o fortalecimento da prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é identificar competências específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento de emergência de um hospital público do Estado de São Paulo. Os objetivos específicos são: identificar as atividades/ações específicas do enfermeiro que atua no serviço de emergência hospitalar; identificar as atividades/ações comuns entre enfermeiros e demais membros da equipe neste serviço; identificar as atividades/ações colaborativas entre os enfermeiros e membros da equipe neste serviço; construir um quadro de competências específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro no serviço de emergência

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

Continuação do Parecer: 1.667.266

hospitalar;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora descreve que a participação na pesquisa por meio de entrevista individual não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Porém, considerando que será realizada uma entrevista semi-estruturada, há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ao tempo pre-determinado para a realização da entrevista. Por isso, caso o participante sinta qualquer constrangimento ou desconforto, poderá se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Os pesquisadores estarão atentos a quaisquer reações emocionais e ficarão à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam. Quanto aos benefícios, a pesquisadora esclarece que a realização da pesquisa pode beneficiar os profissionais que atuam no serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no serviço de Urgência e Emergência Hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto relevante e adequadamente apresentado. Há coerência entre as partes e é factível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

São apresentados o Termo de Autorização para a realização do estudo na instituição hospitalar e o TCLE. O TCLE está redigido adequadamente e contempla todas as recomendações da resolução 466, de 12/12/12.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.667.266

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_724685.pdf	15/07/2016 13:25:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.docx	15/07/2016 13:24:20	Karoline Zem Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/07/2016 13:17:41	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/07/2016 09:26:10	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Outros	AutorizacaoInstituicao2.pdf	12/07/2016 16:34:23	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Outros	AutorizacaoInstituicao.pdf	12/07/2016 16:33:53	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.pdf	12/07/2016 16:28:00	Karoline Zem Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 03 de Agosto de 2016

Assinado por:

Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenadoria de Serviços de Saúde
INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, En^{ft} Dr^a Andrea Cotait Ayub, Diretora Técnica de Saúde II de Enfermagem, autorizo Karoline Zem Fonseca, portadora do RG 11491768-5 e CPF 354.081.748-40, aluna matriculada no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, a nível mestrado, a realizar a pesquisa intitulada **“Competências do enfermeiro em emergência na atenção hospitalar, na perspectiva da prática colaborativa”**.

A investigação tem como objetivo geral de identificar as competências do enfermeiro que atua em serviço de emergência cardiológica em atenção hospitalar.

Desta forma, prevê-se que as competências específicas e comum sejam reconhecidas por todos da equipe, facilitando a integração e colaboração, e contribuindo para o desenvolvimento de novas práticas de saúde neste contexto de assistência.

A coleta de dados será realizada com os enfermeiros que atuam no serviço de Urgência e Emergência na rede hospitalar da instituição selecionada para o estudo. Para a identificação das competências serão realizadas entrevistas semiestruturadas e oficina com os enfermeiros que aceitarem participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A pesquisadora acima se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantir que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Andrea Cotait Ayub
Diretora da Divisão de Enfermagem
COREN-SP 52.444 - CRT 9375

Assinatura e Carimbo

São Paulo, 25 de maio de 2016

Av. Dr. Dante Pazzanese, 500 • Ibirapuera • São Paulo – SP • CEP: 04012-909 • Fone: (11) 5085 6040 • E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

Versão Julho/2013

FORM 001IDPC Mar/09 rev.1

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

Pesquisador: Karoline Zem Fonseca

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57896216.4.3001.5462

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.692.354

Apresentação do Projeto:

A pesquisa toma como objeto de estudo as competências específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro em um serviço de emergência na atenção hospitalar do estado de São Paulo, na perspectiva da prática interprofissional e colaborativa. No contexto mundial de saúde, há uma tendência de transição do modelo de formação e prática uniprofissional, expressas por exemplo, no isolamento de cada área profissional durante a execução do cuidado, para um modelo que valorize a formação e prática interprofissional e colaborativa, com o propósito de melhorar a atenção à saúde aos usuários e população (WHO, 2010; Frenk et al, 2010). A prática interprofissional é composta por profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação onde articulam seu saber específico com outros no ambiente de trabalho (Peduzzi et al., 2013 e da Silva, 2015). Já colaboração ocorre quando trabalhadores de diferentes profissões de saúde e com distintas experiências profissionais são capazes de desenvolver práticas conjuntas, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes das equipes, gerenciar casos e produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (WHO, 2010).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar

Bairro: Ibirapuera

CEP: 04.012-909

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5085-6040

Fax: (11)5085-6040

E-mail: cep@dantepazzanese.org.br

INSTITUTO DANTE PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Continuação do Parecer: 1.692.354

•Identificar competências específicas, comuns e colaborativas dos enfermeiros que atuam no serviço de atendimento de emergência de um hospital público do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

•Identificar as atividades/ações específicas do enfermeiro que atua no serviço de emergência hospitalar;•Identificar as atividades/ações comuns entre enfermeiros e demais membros da equipe neste serviço;•Identificar as atividades/ações colaborativas entre os enfermeiros e membros da equipe neste serviço;•Construir um quadro de competências específicas, comuns e colaborativas do enfermeiro no serviço de emergência hospitalar;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa consistirá na realização de entrevista individual e não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Porém, considerando que será realizada uma entrevista semi-estruturada, há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ao tempo pré-determinado para a realização da entrevista. Por isso, caso o participante sinta qualquer constrangimento ou desconforto, poderá se retirar em qualquer momento da pesquisa, sem qualquer ônus. Os pesquisadores estarão atentos a quaisquer reações emocionais e ficarão à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Benefícios

A realização da pesquisa pode beneficiar os profissionais que atuam no serviço pesquisado, no que se refere à reflexão sobre o processo de trabalho desenvolvido pelos enfermeiros no serviço de Urgência e Emergência Hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto preenche os requisitos fundamentais da Resolução CNS 466 de 12 de Dezembro de 2012, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as Boas Práticas de Pesquisa Clínica do ICH-GCP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estudo com coparticipação pela USP no qual já encontra-se aprovado pelo CEP proponente.

Recomendações:

Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido. Comunicar qualquer

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar			
Bairro: Ibirapuera	CEP: 04.012-909		
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)5085-6040	Fax: (11)5085-6040	E-mail: cep@dantepazzanese.org.br	

**INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA**

Continuação do Parecer: 1.692.354

alteração no projeto e/ou no TCLE. Elaborar e apresentar ao CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia vem através deste documento notificar à aprovação do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_724685.pdf	15/07/2016 13:25:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.docx	15/07/2016 13:24:20	Karoline Zem Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/07/2016 13:17:41	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_724685.pdf	15/07/2016 09:28:16		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/07/2016 09:26:10	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Outros	AutorizacaoInstituicao2.pdf	12/07/2016 16:34:23	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Outros	AutorizacaoInstituicao.pdf	12/07/2016 16:33:53	Karoline Zem Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMestrado.pdf	12/07/2016 16:28:00	Karoline Zem Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

INSTITUTO DANTE
PAZZANESE DE CARDIOLOGIA

Continuação do Parecer: 1.692.354

SAO PAULO, 17 de Agosto de 2016

Assinado por:
Pedro Silvio Farsky
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Dante Pazzanese N.º 500, Torre 6º andar
Bairro: Ibirapuera **CEP:** 04.012-909
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5085-6040 **Fax:** (11)5085-6040 **E-mail:** cep@dantepazzanese.org.br

ANEXO 4 – TERMO DE COMPROMISSO

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA HOSPITALAR, NA PERSPECTIVA DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 30			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Karoline Zem Fonseca			
6. CPF: 354.081.748-40	7. Endereço (Rua, n.º): FREI DUARTE JORGE DE MENDONÇA VILA ANDRADE 67, apto 34 SÃO PAULO SÃO PAULO 05725060		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 11985809304	10. Outro Telefone:	11. Email: karolinezem@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>13</u> / <u>07</u> / <u>2016</u></p> <p style="text-align: right;"> Assinatura </p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP	13. CNPJ:	14. Unidade/Órgão: Escola de Enfermagem da USP	
15. Telefone: (11) 3061-7548	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>Maria Amélia de Campos Oliveira</u> CPF: <u>01396176802</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora</u></p> <p>Data: <u>13</u> / <u>07</u> / <u>2016</u></p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Maria Amélia de Campos Oliveira Diretora - EEUSP Assinatura </p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			